



La formation des étudiantes sages-femmes sur l'allaitement en France

Cécile Marie Bouvard

► To cite this version:

Cécile Marie Bouvard. La formation des étudiantes sages-femmes sur l'allaitement en France. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617728

HAL Id: dumas-00617728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617728>

Submitted on 30 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-femme**

Présenté et soutenu publiquement

Le 07 Avril 2011

par

Cécile-Marie BOUVARD

Née le 17 Août 1987

La formation des étudiantes sages-femmes sur l'allaitement en France

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme BOULINGUEZ Véronique Sage-femme, Maternité Port-Royal

Co-directeur :

Mme NGUYEN Françoise Sage-femme directrice de Baudelocque

JURY :

Mr CABROL Dominique

Mme PRUDHOMME Sophie

Mr BOUNAN Stéphane

Mme LEBOT Prénom

Mme NGUYEN Françoise

Directeur technique de l'école de sages-femmes de Baudelocque

Représentante de la directrice de l'école de sages-femmes de Baudelocque

Gynécologue obstétricien, maternité Port-Royal

Sage-femme, Maternité Port-Royal

Directrice de l'école de sages-femmes de Baudelocque

N° du mémoire : 2011PA05MA05

Remerciements

Merci à Véronique Boulinguez, pour tout le temps consacré aux étudiant et dans la direction de ce mémoire

Merci à Madame Nguyen pour son aide

Merci à toutes les équipes enseignantes et aux étudiants qui ont répondu à notre enquête

Merci à Alexandre pour sa patience, sa précieuse aide et son soutien permanent.

A Isabelle, ma Sage-femme de Mère

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des annexes	7
Introduction.....	8
Généralités sur l'allaitement maternel.....	10
Notions autour de l'allaitement maternel.....	10
<i>Les bénéfices de l'allaitement.....</i>	<i>10</i>
Bénéfices pour l'enfant.....	10
Bénéfices pour la femme allaitante	11
Bénéfices pour la communauté	12
<i>Raisons influençant le choix des mères quant à l'alimentation de leur nouveau-né</i>	<i>13</i>
Raisons médicales	13
Raisons culturelles et représentations	13
Raisons émotionnelles et psychologiques	14
Autres raisons	15
L'actualité de l'allaitement en France et en Europe	17
<i>Taux d'allaitement</i>	<i>17</i>
En France.....	17
En Europe	17
<i>Durée d'allaitement</i>	<i>18</i>
En France.....	18
En Europe	18
<i>L'exemple des pays scandinaves.....</i>	<i>19</i>
Législation et recommandations actuelles	20
<i>A l'échelle internationale : l'OMS et l'UNICEF</i>	<i>20</i>
Code International de commercialisation des substituts de lait maternel	20
Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement	20
La Déclaration d'Innocenti	21
L'Initiative « Hôpital Amis des Bébé » (IHAB)	22
La Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002)	23
<i>A l'échelle européenne</i>	<i>23</i>
En France	24
Application au quotidien des recommandations énoncées	25
Les sages-femmes et l'allaitement maternel en France	26
<i>L'allaitement dans les compétences de la sage-femme</i>	<i>26</i>
<i>L'allaitement dans le Code de déontologie des sages-femmes.....</i>	<i>27</i>
<i>L'allaitement dans le Référentiel Métier et de compétences des Sages-femmes.....</i>	<i>27</i>

<i>L'allaitement dans le Programme officiel des études de sages-femmes de 2001</i>	<i>29</i>
Enseignement théorique de l'allaitement.....	29
Enseignement clinique de l'allaitement	29
Volume horaire et modalités de l'enseignement de l'allaitement	29
Méthodologie et résultats de l'étude	31
Problématique	31
Hypothèses et objectifs	31
Méthode	32
<i>Population.....</i>	<i>32</i>
<i>Instruments et protocole</i>	<i>32</i>
<i>Biais</i>	<i>33</i>
Concernant les équipes de sages-femmes enseignantes	33
Concernant les étudiants de deuxième année de deuxième phase	34
Concernant le type de questions choisies	34
<i>Outils informatiques.....</i>	<i>35</i>
Résultats.....	35
<i>Le programme des études</i>	<i>36</i>
<i>Les modalités d'enseignement.....</i>	<i>38</i>
<i>Evaluation des connaissances et application dans les stages</i>	<i>43</i>
<i>Les compétences et le rôle de la sage-femme</i>	<i>47</i>
<i>Points de vue, demandes, idées et suggestions pour l'enseignement de l'allaitement</i> <i>maternel.....</i>	<i>49</i>
Analyse.....	54
Discussion du sujet, du matériel et de la méthode	54
<i>Discussion du sujet.....</i>	<i>54</i>
<i>Discussion de l'outil et de la méthode</i>	<i>55</i>
Analyse des résultats de l'étude	57
<i>L'enseignement théorique de l'allaitement à l'école</i>	<i>57</i>
<i>Formation clinique et encadrement sur les lieux de stage</i>	<i>62</i>
<i>La formation à l'école : entre enseignement théorique et applications pratiques.....</i>	<i>65</i>
Quelques propositions	67
Conclusion.....	68
Références	70
Bibliographie.....	74
Annexes.....	80

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Notions traitées du Programme Officiel des études sur l'allaitement	36
Figure 2 : Notions traitées du Programme Officiel en lien avec l'allaitement	36
Figure 3 : Avis des étudiants sur l'enseignement théorique.....	38
Figure 4 : Volume horaire d'enseignement à l'école	38
Figure 5 : Intervenants à l'école	39
Figure 6 : Avis des étudiants sur les intervenants	40
Figure 7 : Forme des cours théoriques	41
Figure 8 : Forme des travaux dirigés.....	41
Figure 9: Formes de travaux dirigés apportant le plus aux étudiants	42
Figure 10: Type de supports pédagogiques utilisés.....	43
Figure 11: Objectifs de stage formalisés	44
Figure 12: Encadrement de l'étudiant en stage.....	44
Figure 13: Evaluation des connaissances cliniques et des compétences	45
Figure 14: Origine des difficultés rencontrées en stage avec l'allaitement	47

Liste des annexes

Annexe 1 : Comparaison des taux d'initiation d'allaitement entre les régions de France ..	81
Annexe 2 : Code International de commercialisation des substituts du lait maternel	82
Annexe 3 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement, de l'OMS.....	83
Annexe 4 : Déclaration d'Innocenti : objectifs opérationnels	84
Annexe 5 : Conditions d'accès au label IHAB (révision de 2009)	85
Annexe 6: L'allaitement dans le Programme Officiel des études de sage-femme de 2001 .	86
Annexe 7 : Enquête destinée aux équipes pédagogiques.....	88
Annexe 8 : Questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes de 2 ^e année de 2 ^e phase...	91
Annexe 9: Exemples de difficultés rencontrées par les étudiants en stage concernant l'allaitement	94
Annexe 10: Réponses des étudiants sur le rôle de la sage-femme dans la promotion de l'allaitement	95
Annexe 11 : Réponses des étudiants sur le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement de l'allaitement	97
Annexe 12 : Demandes, idées ou suggestions des étudiants autour de la formation de l'allaitement	99
Annexe 13 : Les thèmes du Diplôme Universitaires	100

Introduction

Au cours des années d'études de sage-femme et des différents stages, est apparu progressivement que l'allaitement était un des défis et rôles principaux de la sage-femme au quotidien dans sa prise en charge de la mère et de son nouveau-né. L'allaitement, aussi simple soit-il quand il est mis en place et bien régulé, ne va pas de toujours de soi, et comporte souvent bien des aléas et des difficultés dans son initiation et son déroulement.

A travers les pays du monde, quelques soient l'hémisphère et la richesse, l'allaitement est promu, et des recommandations et actions existent pour permettre de favoriser et d'accompagner les femmes qui allaitent.

La sage-femme, principale interlocutrice de la femme et du couple pendant la grossesse, pendant l'accouchement et la période du post partum, a donc un rôle de référence dans la promotion et le soutien de l'allaitement, afin que le projet d'allaitement puisse aboutir et durer selon ce que souhaitent les femmes.

En considérant ces différents aspects, la formation que la sage-femme reçoit actuellement en France lors de ses études lui permet-elle de suffisamment promouvoir et accompagner l'allaitement dans toutes ses étapes, tels que l'exigent les recommandations officielles ?

Afin de mieux comprendre et approfondir ces recommandations officielles, nous avons d'abord rappelé les bénéfices apportés par l'allaitement ainsi que les facteurs influençant la mère quant au choix d'alimentation de son nouveau-né. Nous avons fait le point sur l'actualité de l'allaitement en France et en Europe. Puis, après avoir détaillé les différentes recommandations internationales et nationales, nous avons achevé cette partie sur la sage-femme, son rôle dans l'allaitement et sur le programme officiel de 2001 de ses études.

Nos hypothèses pour répondre à notre question sont les suivantes : la formation théorique en école de sages-femmes aborde l'ensemble des points nécessaires à la promotion et à l'accompagnement de l'allaitement maternel, la formation clinique est suffisamment guidée et encadrée sur les lieux de stage et enfin que l'enseignement théorique de l'allaitement à l'école doit être complet et exhaustif,

ce qui est la condition pour pouvoir apprendre à accompagner et favoriser l'allaitement dans les services

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons effectué une double enquête auprès des équipes pédagogiques de sages-femmes enseignantes des écoles de France d'une part, et d'autre part auprès des étudiantes en dernière année d'étude dans ces mêmes écoles.

L'objectif était d'observer comment l'enseignement théorique, pratique et clinique sur l'allaitement est organisé dans les différentes écoles, de mesurer l'évaluation des étudiantes sur leur capacité à remplir ce rôle de promotion et de soutien.

Nous souhaitons aussi déterminer si certains outils pédagogiques ou organisations d'enseignement étaient plus pertinents que d'autres et relever quelques suggestions des équipes enseignantes et des étudiantes.

Généralités sur l'allaitement maternel

Notions autour de l'allaitement maternel

Avant de développer la situation actuelle de l'allaitement en France et en Europe, puis l'ensemble des textes et recommandations sur l'allaitement maternel, nous voulons retracer les grandes lignes des enjeux et de la diversité des facteurs du choix d'allaitement ou non, dans le but de saisir la complexité de ce thème.

Les bénéfices de l'allaitement

L'allaitement maternel, dénommé « allaitement » dans la suite de ce travail, présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et celle de sa mère. (1, 2, 3)

Bénéfices pour l'enfant

L'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans autre ingestat solide ou liquide, y compris l'eau, permet à lui seul un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois. Le lait maternel est adapté à l'âge gestationnel de naissance, au poids et à l'âge de l'enfant, au stade de lactation, et au moment de la tétée. En effet, sa composition et son volume évoluent très rapidement dès la naissance pour répondre aux besoins du nourrisson s'adaptant à la vie extra-utérine, et pour satisfaire ses besoins énergétiques en glucides, en protéines, en lipides et acides gras, en vitamines, minéraux et oligoéléments.

Dans les pays en voie de développement où l'eau n'est pas potable ou insalubre, les préparations pour nourrissons comportent des risques majorés, comme la transmission de maladies hydriques. De plus, dans un souci d'économie dans ces mêmes pays ou dans des situations particulièrement précaires, une dilution trop importante des doses de poudres peut être source de malnutrition. De ce fait, l'allaitement diminue nettement la mortalité infantile. A deux et trois mois de vie par exemple, l'absence d'allaitement augmente par 5,8 le risque de décès des enfants. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un allaitement exclusif et à la demande les premiers mois éviterait plus d'un million de décès d'enfants chaque année dans le monde.

Cependant en France, les préparations, les conditions d'hygiène et d'accès à de l'eau potable font que ces risques sont largement minorés, et ne rentrent que très rarement en compte dans le choix parental du mode d'alimentation du nouveau-né et nourrisson. (4)

L'allaitement protège des infections gastro-intestinales comme les diarrhées aiguës, des infections ORL comme les otites, et des infections respiratoires pendant plusieurs années, en diminuant leur incidence et leur gravité grâce à l'apport dès la première tétée de protéines protectrices et anti-infectieuses. Lorsqu'il est prolongé jusqu'à six mois, il permet de diminuer les risques d'eczéma et d'asthme pendant la première année de vie chez les nourrissons à risque d'allergie, le risque de mort subite du nourrisson, le risque d'obésité dans l'enfance et l'adolescence, de diabètes de type 1 et 2, et diminue la tension et la cholestérolémie à l'âge adulte.

L'allaitement diminue aussi les maladies gastro-intestinales des nourrissons, comme les maladies coeliaques ou les maladies inflammatoires du tube digestif. Ce fait est reconnu par tous les spécialistes, malgré toutes les recherches réalisées pour améliorer la qualité des substituts de lait.

Chez le nouveau-né prématuré, le lait maternel ou le lait de femme favorise la maturation des fonctions digestives et la tolérance à l'alimentation par voie orale. Ceci diminue le risque d'infections en période néonatale et d'entéocolite ulcéro-nécrosante. L'allaitement permet aussi d'améliorer les performances de développement des nouveau-nés très prématurés.

Ainsi, les bénéfices de l'allaitement étant dépendants de la dose de lait maternel reçue, il est important d'augmenter son initiation dès la naissance, mais aussi sa durée. Les bénéfices santé sont principalement observés lorsque la durée de l'allaitement exclusif est d'au moins 3 mois. (5)

Bénéfices pour la femme allaitante

L'allaitement permet une involution utérine plus rapide grâce au taux circulant d'ocytocine plus élevé surtout pendant les tétées, et permet ainsi la diminution des pertes sanguines dans le post partum.

L'allaitement permet à la mère de perdre du poids plus rapidement dans les six mois suivant l'accouchement et de retrouver son poids pré gravidique plus vite.

Il est aussi associé à une diminution de l'incidence de la dépression du post-partum.

L'allaitement permet, dans des conditions strictes, d'empêcher mais surtout de retarder le retour de couches et la première ovulation. La Méthode d'Aménorrhée par l'Allaitement Maternel (MAMA) a un taux d'échec non négligeable, mais est cependant certainement utile pour un espacement des naissances dans des pays où l'accès à la contraception est minime, par culture ou par manque de politiques d'action envers les femmes et leur santé.

Il diminue l'incidence des cancers du sein avant la ménopause, du cancer de l'ovaire, du diabète de type 2, diminue le risque d'ostéoporose après la ménopause.

Bénéfices pour la communauté

L'allaitement apporte, en plus de bénéfices sur la santé de la mère et de l'enfant, un certain nombre d'avantages à la société : économiques, familiaux et environnementaux, et constitue ainsi un enjeu de santé publique. (3, 6)

En effet, l'allaitement génère indirectement des économies significatives pour le système de santé. Les mères et les enfants étant relativement moins malades, il y a moins de dépenses de soins, de congés maladies ou d'absentéisme parental. Pour les employeurs, le bénéfice économique existe donc de manière indirecte. De plus, le non allaitement est un facteur d'appauvrissement pour certaines familles, notamment celles dans des conditions socioculturelles déjà défavorables, dû à l'achat du matériel et des substituts de laits ainsi qu'à l'augmentation des dépenses liées aux maladies majorées. Cette instabilité financière, possiblement et indirectement liée au non-allaitement, peut créer aussi des difficultés relationnelles et psychologiques, et altérer la qualité de vie et fragiliser à terme les familles.

L'allaitement maternel, par son aspect naturel, diminue aussi la consommation d'énergie et le poids environnemental liés à la production, aux transports et à la commercialisation des produits d'alimentation artificielle et de leurs contenants. Cet aspect revient parfois comme raison dans le choix d'allaiter, en particulier pour les couples s'inscrivant dans la démarche du « bio », et pourquoi pas, dans l'aspect de « développement durable », particulièrement à la mode dans les discours de nos politiques.

Raisons influençant le choix des mères quant à l'alimentation de leur nouveau-né

Les bénéfices de l'allaitement sont maintenus bien connus et documentés à travers tous les pays de monde. Cependant, une femme sur deux choisit d'allaiter son nouveau-né, alors qu'elle sait la supériorité du lait maternel et ses bénéfices. Il existe donc d'autres raisons, plus ou moins rationnelles, ayant un poids conséquent dans ce choix. (3, 7, 8, 16)

Raisons médicales

Les raisons d'ordre médical, détaillées ci-dessus, représentent environ un quart des arguments incitant ou non à allaiter, mais ne sont pas les plus décisives.

Au quotidien en maternité, les femmes invoquent surtout les propriétés immunologiques de l'allaitement. Elles généralisent souvent tous les bénéfices de l'allaitement qu'elles ont pu comprendre dans la phrase : « Je sais que l'allaitement est ce qu'il y a de mieux pour mon enfant ». Cet argument, certes vrai, peut parfois aussi culpabiliser celles qui ne souhaitent pas allaiter, dans la mesure où il sous-entend qu'elles ne font pas ce qui est le mieux pour leur enfant, élément rarement acceptable pour une jeune maman.

Raisons culturelles et représentations

Dans le discours des femmes, leur choix d'allaiter ou pas n'est pas influencé par les habitudes culturelles. Cependant, les femmes qui souhaitent allaiter invoquent parfois le fait de vouloir respecter les traditions familiales ou du pays, où allaiter est un devoir ou une fonction dévolue de la femme, tout comme enfanter. (9, 10, 11).

Les femmes qui ne souhaitent pas allaiter mettent en avant l'obstacle que représente l'allaitement prolongé pour la reprise du travail, moyen pour elles de s'affranchir, d'acquérir une indépendance morale et financière, de s'accomplir autrement que la fonction incontournable de la maternité. De plus, elles peuvent mettre en avant l'image sociale de la femme altérée selon elles par l'allaitement : femme mère mais femme toujours épouse, corps érotique déjà déformé par la grossesse et l'accouchement, le sein sensuel ne doit pas être mis à mal en plus. Elles invoquent aussi parfois l'aspect animal de l'allaitement, en particulier avec des

jumeaux, de l'enfant qui tète le sein quand il veut, la mère étant seulement un objet de plaisir et un moyen d'alimentation pour l'enfant.

Ces visions de l'allaitement et du non allaitement sont héritées de l'histoire et de l'évolution des femmes dans la société. L'allaitement au sein fut toujours une norme sociale, que ce soit le sein maternel ou d'une nourrice, jusqu'aux années 1960-1970. En effet, ces décennies virent le rôle de la femme dans la société changer, avec le développement de son activité professionnelle, la revendication d'une plus grande liberté, l'accès moyens de contraception et bien d'autres éléments, le tout faisant opposition à des siècles d'asservissement de la femme à ces fonctions maternelles et ménagères, dans lesquelles elles n'avaient la plupart du temps, pas beaucoup à exprimer leur avis. (12, 13)

De cette histoire de la femme dans la société ont émergé deux visions opposées du féminisme, qui opposent aussi deux représentations sociales de l'allaitement. (14) D'un côté, il y a la revendication de l'égalité des sexes, avec la volonté de partager les tâches ménagères, parentales et éducatives avec le père. L'argument « il pourra donner aussi le biberon et nourrir l'enfant » revient très souvent dans le discours des femmes. De l'autre côté, et parfois pour faire face à l'extrême dans lequel ont pu quelques temps tomber les revendicatrices de la vision précédente, des femmes revendiquent la spécificité féminine de pouvoir allaiter leur enfant, la volonté de vouloir vivre de cette façon précise une relation spécifique avec leur enfant, le père pouvant soutenir physiquement et psychologiquement.

Raisons émotionnelles et psychologiques

Les femmes connaissent dans l'ensemble, ou pressentent bien l'importance de la mise en place de la relation entre elle et leur enfant, et du processus d'attachement, pour le bon développement affectif, cognitif et social de ce dernier. (3)

Pour certaines, l'allaitement et le contact physique particulier créé par la tétée sont un bon moyen d'échanger et d'avoir une relation privilégiée avec leur enfant. Pour d'autres femmes, cet échange, cette communication et ce lien peuvent s'établir tout aussi bien s'il n'y a pas d'allaitement, par tout autant de contacts physiques, de toucher, de chaleur et de proximité, de regards échangés pendant le biberon ou en dehors.

Le fait d'allaiter confère aussi à certaines femmes l'assurance d'apporter une bonne réponse aux demandes affectives de leur bébé, la satisfaction de leur permettre de vivre un moment de transition entre la continuité mère-enfant totale de la grossesse et la séparation radicale de ces deux personnes différentes, le plaisir de donner le sein à son enfant et donc d'être utile. L'allaitement procure une image positive de soi, une certaine confiance, une grande satisfaction émotionnelle. Ces femmes sont fières de donner le sein et affirmer leur féminité non seulement dans la mise au monde de leur enfant, mais aussi dans l'allaitement. Allaiter en public ne dérange pas ou peu ces femmes, et cela permet de pouvoir être plus flexibles et ne pas avoir de contraintes d'heures, de matériel et de lieu.

Pour d'autres femmes, le nouveau-né peut recevoir une réponse à ses demandes affectives dans d'autres multiples moments et occasions, permettant aussi une transition plus douce. D'autres de ces femmes souhaitent rapidement marquer la séparation créée par l'accouchement, que ce soit pour des raisons objectives comme la perception de l'allaitement tel une entrave à la liberté personnelle ou par principe d'éducation « dès le début » pour éviter le maintien de l'enfant dans un état de dépendance physique et psychique avec sa mère, ou pour des raisons plus enfouies comme l'angoisse du fusionnel avec leur bébé, qui parfois s'est déjà révélée pendant la grossesse (15). La pudeur et le manque d'intimité peuvent aussi être un argument pour ces femmes.

Autres raisons

Finalement, en dehors de toutes ces considérations, nourrir peut être tout simplement naturel pour un grand nombre de femmes, sans qu'elles se posent davantage de questions. Il s'agit de nourrir soi-même son enfant.

Les considérations pratiques et la commodité sont faiblement évoquées comme raisons incitant à allaiter, surtout avant le début de l'allaitement.

Le choix du mode d'alimentation se situe pour plus de la moitié des femmes avant la grossesse ou au tout début de la grossesse. Il peut être culturel, allant de soi ou au contraire très intellectualisé.

La plupart des femmes déclarent que ce choix est un choix personnel, indépendant de pressions extérieures. Cependant, même s'il n'y a pas de pressions

en tant que telles, des influences ou des avis peuvent orienter le choix de la mère de façon plus ou moins importante. L'influence du partenaire, de la famille, des proches ou des professionnels de santé peut être retrouvée, particulièrement chez les femmes indécises ou ambivalentes. Le choix de ces dernières se situe souvent plus en cours de grossesse, voire à la naissance de leur enfant.

Des expériences personnelles de réussite d'allaitement, des amies qui allaitent ou ont allaité, ou au contraire des expériences d'échecs dans l'entourage, peuvent véhiculer une image positive ou négative de l'allaitement.

Quelque soit la force des différentes influences, ce qui est important pour une femme qui choisit d'allaiter, c'est le soutien psychologique et physique des personnes proches dans le démarrage et la poursuite de l'allaitement. Le soutien des professionnels de santé est particulièrement important à la maternité et après la sortie, d'où l'importance d'avoir un accompagnement suffisant, cohérent entre les différents professionnels. Les femmes indécises peuvent particulièrement interpréter ou ressentir dans certaines réponses un encouragement de non allaitement ou pas, ce qui peut aboutir à une culpabilisation importante de ces jeunes mères qui ont peur de ne pas être de « bonnes » mères.

La formation des professionnels est donc particulièrement importante pour diminuer voir enlever tous les influences que le corps médical peut exercer, de façon consciente ou moins consciente, ainsi que pour savoir écouter une femme en la replaçant dans son environnement émotionnel, psycho social, familial, culturel et représentatif, afin de s'adapter particulièrement à sa conception de l'allaitement, et ainsi mieux répondre à ses demandes, parfois celle de l'aider à choisir.

Enfin, les campagnes médiatiques n'influencent pas directement le choix d'allaiter ou pas, mais peuvent créer un environnement plus favorable au soutien de l'allaitement. C'est là que peuvent intervenir les politiques d'action décidées par les gouvernements nationaux ou locaux, afin de tenter d'installer progressivement un climat de soutien aux mères allaitantes. Mais quel poids peut avoir une campagne de publicité? Une sorte de vulgarisation dès l'enfance dans les manuels et dans les supports audio visuels change-t-elle la culture, même à long terme ?

La question de la liberté de choix se pose toujours, sommes nous tout à fait libres si nous avons été conditionnés dès notre plus jeune âge ?

L'actualité de l'allaitement en France et en Europe

Afin de tenter de répondre à ces questions, nous allons effectuer un tour de la situation actuelle de l'allaitement en France et en Europe, puisque les pays y sont relativement comparables en terme de développement. Nous prendrons l'exemple particulier des pays scandinaves, puisque ces pays représentent l'exemple à atteindre pour l'ensemble des pays occidentaux.

Taux d'allaitement

En France

D'après l'enquête nationale périnatale menée par l'INSERM en 2003, le taux d'allaitement maternel à la naissance en France était de 62,6 %, pour un taux de 52,5 % en 1998 lors de la même enquête. (17)

L'allaitement exclusif est passé de 40,5 % en 1995 à 45 % en 1998, et à 56,5 % en 2003. (18) (19)

La dernière enquête périnatale a eu lieu dans le premier semestre de 2010, et les résultats sont prévus pour le second semestre 2011.

Ces taux d'initiation d'allaitement sont très variables entre les régions de France. On retrouve une prévalence plus élevée dans des régions où la population urbaine est élevée, étrangère, avec un niveau d'étude élevé, ou une forte densité de professionnels comme les sages-femmes (cf. annexe 1). Cette différence entre les régions peut poser la question de la régionalisation des politiques de santé, qui doivent donc s'appuyer sur les caractéristiques et déterminants propres, afin de cibler les actions.

En Europe

En Europe, une quinzaine de pays ont des taux d'allaitement supérieurs à 90% à la naissance. (20)

Dans les pays du Nord comme la Suède, la Lettonie et la Slovaquie, ou en République tchèque, plus de 95% des nouveau-nés sont allaités à la naissance. Les taux les plus bas sont retrouvés aux Pays-Bas et au Royaume Uni. Le taux en Irlande, par exemple, est de 46% à la naissance. La France se retrouve ainsi dans les pays où le taux d'initiation de l'allaitement est le plus faible.

Dans l'ensemble des pays européens, le taux d'initiation a augmenté au cours des dernières années. En 2003, quatorze pays, dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse, avaient un taux d'initiation supérieur à 90%, cinq pays entre 70 et 90%, et quatre, dont la France, l'Irlande et la Belgique, entre 35 et 70%.

Durée d'allaitement

En France

La durée médiane de l'allaitement est de l'ordre de 10 semaines et est elle aussi variable selon les régions. Cette durée coïncide avec la durée du congé maternité, de 10 semaines à 14 semaines en France. (17) (21)

En moyenne, parmi les femmes qui allaitent, seulement 25% continuent encore à trois mois ou plus. A quatre mois de vie de l'enfant, le taux d'allaitement en France est de 5% à peine, contre plus de 60% en Suède et en Suisse.

En Europe

Plusieurs pays ont un taux d'allaitement supérieur à 60% à 6 mois. Il se trouve que les pays permettant aux mères d'avoir un congé de maternité rémunéré prolongé, comme les pays scandinaves, ont des taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement plus élevés. Les congés post-natals varient dans leur durée et leur rémunération au sein de l'Union européenne.

En 2008, la Commission Européenne a proposé que le congé postnatal soit allongé à 18 semaines minimum dans tous les pays membres. En octobre 2010, le Parlement Européen a voté en faveur d'une loi allongeant le congé post natal minimum de 14 semaines à 20 semaines. Cependant cette loi n'est pas approuvée par le gouvernement français, particulièrement pour le coût potentiellement engendré par cet allongement, soit plus d'un milliard d'euros par année.

Or, nous avons vu ci-dessus les bénéfices économiques qu'apporte un allaitement d'au moins trois mois au système de santé, aux employeurs et aux familles. A plus long terme, la balance entre les coûts engendrés par l'allongement du congé maternité et les économies liées à un taux d'allaitement plus grand, pourrait s'équilibrer, voir même pencher du côté des bénéfices socio-économiques de l'allaitement.

L'exemple des pays scandinaves

La Suède et la Norvège sont les deux exemples les plus parlants. (22)

En 2002, en Suède, il y avait 98% d'allaitement à la naissance, et 73% à 6 mois de vie. En 1998, en Norvège, 99% d'allaitement à la naissance dont 90% d'allaitement exclusif, et 80% à 6 mois dont 44% d'allaitement exclusif. Ces taux sont toujours stables ou en augmentation.

L'allaitement à la naissance a toujours été supérieur à 90% au cours de ces cinquante dernières années, même si ces deux pays n'ont pas été exemptés des changements de société de la fin des années 1960 et connu une évolution en « U » des taux d'allaitement après 3 mois.

Depuis le début des années 1980, ces deux pays ont instauré des politiques publiques favorables à l'allaitement, initiées et associées à des mouvements importants de citoyens au sein d'associations très actives. Les femmes, au lieu de présenter l'allaitement comme un devoir, l'ont revendiqué comme un droit. Tout ceci a permis de redonner l'allaitement le côté naturel

Ceci peut expliquer en partie le choix des femmes de ces pays à allaiter, mais pas seulement. La culture est aussi marquée de la famille et de l'enfant. On peut se dire aussi en voyant ces taux, l'allaitement est devenu la norme que les gens suivent, ou encore qu'une culture de l'allaitement est possible, et que les raisons du choix d'allaiter sont moins multiples et complexes. Les professionnels de santé étant eux même dans cette culture, ils ne représentent pas ou peu d'obstacle ou de facteurs culpabilisants auprès des femmes qui désirent allaiter.

De plus dans ces pays, les parents bénéficient s'ils le souhaitent, d'un congé parental important. En Suède, le congé parental est flexible, il peut être transféré en partie au père, peut aller jusqu'à 480 jours, et est remboursé à 80% du salaire. En Norvège, le congé parental peut aller jusqu'à 10 mois payé à 100% du salaire, ou bien 12 mois payé à 80%. La mère peut laisser 6 semaines au père sur ce congé.

Dans ces pays, le milieu du travail est plus adapté aussi à la conciliation entre poursuite de l'allaitement et reprise du travail, avec des pauses payées ou non, en fonction des établissements.

Législation et recommandations actuelles

Nous réalisons maintenant une revue de toutes les recommandations, actions et outils mis en place depuis les années 1980 au niveau international, européen puis français, afin de tenter de venir à nouveau à une culture de l'allaitement, où l'allaitement est encouragé, protégé, soutenu et accompagné.

A l'échelle internationale : l'OMS et l'UNICEF

Depuis les années 1980, les instances internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) invitent constamment les gouvernements à promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel, en tant que recommandation mondiale de santé publique.

Code International de commercialisation des substituts de lait maternel

Tout d'abord, en 1981, lors de la 34^e Assemblée Mondiale de la Santé, organe décisionnel suprême de l'OMS, le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel fut adopté (cf. annexe 2) (23). Ce Code a pour objectif de protéger et promouvoir l'allaitement, notamment en réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel. Le Code interdit notamment la promotion des laits artificiels et accessoires auprès du public et dans les établissements de soins comme la maternité. En revanche il oblige l'inscription sur tous les emballages de substituts de lait maternel les bienfaits de l'allaitement.

La France a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1998, en promulguant le décret interdisant la distribution gratuite d'aliments pour nourrissons dans les maternités. (24)

Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement

Lors d'une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF en 1989 ont été énoncés les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement », dans le cadre spécifique des services liés à la maternité, afin de promouvoir, encourager et soutenir l'allaitement. (cf. annexe 3). (25, 26)

La deuxième condition de ce succès de l'allaitement, selon l'OMS, nous concerne particulièrement, puisqu'il s'agit de « donner à tous les personnels

soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique d'allaitement ». La formation à la pratique est en effet essentielle pour savoir guider efficacement les mères et leur donner des conseils avisés et adaptés.

L'OMS met l'accent sur l'importance d'intégrer les aspects pratiques de l'allaitement dès la formation initiale, afin de pouvoir se baser dessus et les remettre en question par la suite afin de mieux progresser. Que ce soit dans la formation initiale ou continue, les connaissances en matière d'allaitement sont une base nécessaire pour adopter des attitudes et des pratiques efficaces. Cependant, il faut développer et améliorer les compétences, sinon les connaissances ne peuvent être appliquées.

Le programme de formation devrait durer, selon l'OMS, minimum 18h possiblement répartis en trois jours, avec au moins trois heures de travaux cliniques supervisés. Cependant ces recommandations concernent une formation continue, et par conséquent, il est recommandé de prendre du temps pour laisser s'exprimer les résistances aux nouvelles données et mises en application, résistances motivées par les expériences personnelles, les expériences professionnelles depuis parfois un certain nombre d'années, et tout simplement le côté nécessaire d'une remise en question de ses pratiques quotidiennes. Il faut du temps pour assimiler les nouvelles idées et accepter de modifier ses positions, particulièrement sur un sujet comme l'allaitement.

L'OMS met l'accent aussi sur le bénéfice supplémentaire qu'apporte un formateur expérimenté et formé avec une spécialisation universitaire dans le domaine de l'allaitement, ainsi que sur le bénéfice apporté par la participation active de tous, les séances cliniques, les techniques didactiques et audio-visuelles

Ainsi comme le conclut l'Organisation Mondiale de la Santé, à l'issue de diverses études et enquêtes menées sur les formations continues, « la pratique, pour autant qu'elle soit rigoureuse, agit plus efficacement sur les attitudes et compétences qu'une formation restant principalement théorique ».

La Déclaration d'Innocenti

L'OMS et l'UNICEF ont élaboré en 1990, lors d'une rencontre en Italie sur « L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale », la Déclaration d'Innocenti. Elle a été adoptée par les représentants de dix agences de l'ONU et de trente-deux gouvernements. (27)

Son but est d'encourager vivement tous les gouvernements à mettre en œuvre des programmes pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement. Elle se fixait quatre objectifs opérationnels que devraient viser ces gouvernements. (cf. annexe 4).

En mai 2002, la déclaration a été intégrée à la Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, lors de la 55^e Assemblée Mondiale de la Santé de l'OMS. (28). En 2005, cette déclaration d'Innocenti a été revue et reconsidérée face aux progrès effectués mais aussi de tous ceux qui demeurent encore. Elle garde les quatre cibles opérationnelles de 1990, et en ajoute cinq supplémentaires (cf. annexe 4). Elle appelle notamment, en ce qui nous concerne, tous les gouvernements à veiller à ce que « la formation préalable et en cours d'emploi de tous les professionnels de santé comporte les contenus nécessaires à l'acquisition des compétences appropriées sur l'alimentation du jeune enfant, de manière à ce que ces personnes puissent par des interventions et des conseils parfaitement adaptés, aider les femmes à allaiter leurs enfants »

L'Initiative « Hôpital Amis des Bébés » (IHAB)

Dans le but premier d'offrir une reconnaissance aux services de maternité qui avaient mis en œuvre les dix conditions, l'OMS et l'UNICEF ont lancé en 1992 l'Initiative « Hôpital Amis des bébés », visant à rendre des maternités obtenant ce label après certification, des centres de soutien à l'allaitement. L'IHAB est basée sur les Dix Conditions et sur le respect du Code international de commercialisation (cf. annexe 5). Cette certification demande souvent un profond changement et remaniements des pratiques dans les services, ainsi qu'une participation active de tous les professionnels impliqués, passant notamment par une formation continue d'équipe.

Dans le monde, il y avait en 2002 plus de 16 000 établissements labellisés dans 135 pays, aujourd'hui, plus de 20 000 dans 152 pays. Ceci témoigne de l'aspect mondial et multi culturel de la question de la promotion et du soutien de l'allaitement, particulièrement dans son démarrage

En France, en 2002, il y avait deux maternités labellisées « Amie des bébés ». En 2011, il y en a onze.

Il est intéressant de mentionner que chaque pays adopte ses propres stratégies afin d'obtenir pour ses hôpitaux le label « Ami des Bébé ». Au Canada, en Grande-Bretagne ou encore au Chili, l'Initiative sort des murs de la maternité et s'étend à tous les environnements que les jeunes parents fréquentent. Ceci est particulièrement pertinent puisque la maternité permet d'accompagner les premiers jours de mise en route de l'allaitement, mais les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les associations de soutien, les cabinets pédiatriques, les crèches, les haltes-garderies et pourquoi pas les entreprises et milieux professionnels, pourraient tout à fait aussi être « amis des bébés » dans le soutien à la poursuite et au sevrage de l'allaitement, dans le respect du désir des parents de continuer de façon optimale l'allaitement aussi longtemps qu'ils le souhaitent.

La Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002)

La Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est un nouvel outil adopté en 2002, et dont le but est d'améliorer l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et donc la survie du nourrisson et du jeune enfant. (28)

La Stratégie mondiale reprend et complète, comme vu ci-dessus, les objectifs opérationnels de la Déclaration d'Innocenti. Elle reprend aussi les recommandations de l'OMS quant à l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie du bébé, ainsi que la poursuite possible de l'allaitement jusqu'aux deux ans de l'enfant, à condition d'être complété par la diversification alimentaire dès six mois

Par ailleurs, l'OMS encourage aussi l'élaboration d'une politique nationale afin de promouvoir et allonger le congé maternité post natal, et à prendre des mesures d'appui propre à favoriser l'allaitement exclusif pendant six mois.

A l'échelle européenne

Les recommandations de l'OMS ont été reprises en 2004 par la Commission européenne dans le Plan d'Action (20). Le but est toujours de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement en coordonnant leur action en faveur de l'allaitement, que ce soient leur politique ou leurs programmes, à conditions que ceux-ci soient basés et fondés sur les recommandations officielles et les preuves scientifiques les plus pertinentes. Ce Plan d'action propose un modèle de programme qui met en évidence

les interventions qu'un plan d'action national ou régional devrait comporter et mettre en œuvre pour réaliser une protection, une promotion et un soutien de l'allaitement efficaces.

En France

En mai 2002, les « Recommandations professionnelles pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement dans les six premiers mois de la vie de l'enfant » sont publiées par l'ANAES (Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Ce guide de bonnes pratiques et d'accompagnement est un bon support pour tous les professionnels de la maternité et de la petite enfance. (29)

Les établissements de santé peuvent s'appuyer dessus, mais encouragent aussi, parfois dans un projet de service, leurs professionnels de santé à se former et mettre à jour leurs connaissances, afin de mieux accompagner les mères qui allaitent. Cependant la formation continue doit pouvoir s'appuyer, par définition, sur une formation initiale apportant les éléments principaux d'accompagnement adapté de l'allaitement. De plus, il pourrait être pertinent que la même formation initiale de base soit dispensée à ces différents professionnels, depuis l'auxiliaire de puériculture, les infirmières, les puéricultrices, les sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, afin d'avoir un socle commun permettant ainsi un meilleur travail d'équipe et une meilleure uniformité du discours quant à l'accompagnement des mères qui choisissent d'allaiter.

La Haute Autorité de Santé (HAS), créée en 2004, remplaçant et incluant l'ANAES, met à disposition, dans le cadre des pratiques professionnelles, des outils, comme par exemple le Guide d'évaluation de la démarche qualité du soutien de l'allaitement (30). Ce guide détaille notamment différentes phases du processus de soutien de l'allaitement, particulièrement sous forme d'organigrammes. Ces éléments sont bien entendu là pour l'évaluation des pratiques, mais pourraient se révéler être un support pédagogique de l'apprentissage initial, par le côté synthétique et exhaustif sur les différentes étapes de l'accompagnement de l'allaitement, jusqu'à la poursuite de l'allaitement et le sevrage dans les jours, les semaines, ou les mois suivant la sortie de la maternité.

Le deuxième Programme National Nutrition Santé (PNNS) de 2006 à 2010 fixe dans ses objectifs la promotion de l'allaitement maternel (31). Dans cette promotion de l'allaitement, il vise à continuer à augmenter la durée d'allaitement maternel, ainsi que le taux d'allaitement exclusif à la naissance, le faisant passer d'environ 55% en 2005 à 70% en 2010. L'une des actions mises en place pour remplir ces objectifs était de «favoriser, dans les plans de formation des professionnels de maternité, l'apprentissage des éléments pratiques pour la promotion et le soutien des femmes qui allaitent ».

Application au quotidien des recommandations énoncées

L'ensemble des textes, des recommandations, des plans des dispositions énoncées ci-dessous ont finalement deux objectifs principaux : promouvoir d'une part, soutenir d'autre part.

Promouvoir l'allaitement

Selon le Petit Larousse, le terme de « promouvoir » signifie « élever à une dignité ou un grade supérieur » dans un premier sens, « favoriser le développement de, l'essor de » dans un deuxième sens.

Cet aspect sous-entend donc une augmentation des taux d'allaitement, partiels ou exclusifs, à la naissance et jusqu'à 6 mois. Cependant, nous avons vu plus haut que la décision des mères d'allaiter ou pas leur enfant n'est pas seulement conditionnée par les recommandations officielles, qu'elles ignorent souvent. Il s'agit d'un travail de longue haleine, et peut-être ces textes et ces dispositions aboutiront à une uniformisation de la vision normale de l'allaitement au bout de plusieurs années voir dizaines d'années, nécessitant un changement très progressif des mentalités et de la culture. Cependant, alors que la France et la majorité des pays riches ont connus les deux extrêmes de l'alimentation infantile, la question peut se poser du but et des conséquences d'une telle uniformisation. D'autres facteurs rentrent en compte, de façon plus ou moins pondérée selon chaque mère, dans le choix de l'allaitement. L'essentiel est sûrement qu'elles puissent décider de façon éclairée, nécessitant donc une information juste et adaptée sur les deux modes d'alimentation du nouveau né et du nourrisson. La vraie promotion de l'allaitement, au niveau de chaque professionnel, notamment en consultation de suivi de grossesse ou en cours de préparation à la naissance et à la parentalité, réside alors peut-être dans

l'information à donner de façon la plus juste possible, claire, objective et loyale (32, 33, 34). Il s'agit de donner à la mère et au couple tous les outils pour choisir, en intégrant les raisons objectives et subjectives, d'allaiter leur enfant ou pas, sans les faire culpabiliser dans un sens ou dans un autre.

Soutenir l'allaitement

Cet aspect s'applique directement aux services médicaux et aux professionnels, et pose la question de l'accompagnement optimal des femmes qui ont choisi d'allaiter, de la formation des équipes professionnelles, de l'organisation des services pour pouvoir soutenir et permettre aux femmes qui le souhaitent, de mettre en place un allaitement optimal et adapté à elle et leur nouveau né ou nourrisson. (35-42)

Comme le précise le Rapport «Plan d'action : Allaitement maternel » du Professeur TURCK en 2010 (43), s'il y a un taux à se fixer comme objectif, il s'agit du taux de 100%. Non pas 100% d'allaitement à la naissance, mais plutôt 100% de femmes en France qui souhaitent concrétiser un projet d'allaitement et qui y parviennent effectivement et dans de bonnes conditions, pendant la durée qu'elles souhaitent.

Augmenter le taux d'allaitement le plus librement choisi, accompagné et soutenu de façon optimale est peut-être l'application concrète des recommandations officielles du « Promouvoir et soutenir l'allaitement ».

Les sages-femmes et l'allaitement maternel en France

Les sages-femmes sont particulièrement concernées par les deux aspects « promotion » et « soutien », et doivent donc être formées pour pouvoir répondre à ces exigences.

L'allaitement dans les compétences de la sage-femme

L'article L4151-1, modifié par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, définit la profession et les compétences de la sage-femme (44):

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...] ».

L'accompagnement et le soutien à l'allaitement prennent donc leur place dans les « soins » à procurer à la mère et à l'enfant. De par sa place et son rôle pendant toute la grossesse, à l'accouchement et dans le post-partum immédiat et tardif, la sage-femme fait partie des soignants principaux et privilégiés vers lesquels la mère et le couple se tourneront pour toute demande.

La sage-femme est aux premières lignes de l'allaitement en tant que principale interlocutrice de la femme et du couple en demande d'accompagnement, mais aussi en tant que responsable d'un service, salle d'accouchement ou suites de couches. Ceci intègre donc la notion d'équipe multidisciplinaire avec des objectifs et des actions communs et cohérents, dans l'intérêt des patientes et leurs enfants. Cette exigence peut demander des échanges supplémentaires au sein de l'équipe, possiblement initiés par la sage-femme.

Un dernier aspect du rôle de la sage-femme de service sur l'allaitement est la transmission du savoir et l'encadrement des étudiants en stage, nécessitant d'avoir reçu pour pouvoir donner à son tour.

L'allaitement dans le Code de déontologie des sages-femmes

Le Code de déontologie des sages-femmes ne décrit à aucun endroit des devoirs spécifiques concernant l'accompagnement de l'allaitement. (45)

Les articles R4127-335 et R4127-327 parlent du devoir de « s'engager à s'assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques que requièrent la patiente et le nouveau-né, dès lors que la sage-femme a accepté de répondre à une demande », ainsi que de « prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci ». De plus, l'article R4127-304 vient réglementer « l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances », d'où la capacité de pouvoir exercer des « soins conformes aux données scientifiques ». Ces deux articles s'appliquent à un grand nombre d'éléments, dont notamment l'allaitement.

L'allaitement dans le Référentiel Métier et de compétences des Sages-femmes

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes, réalisé en octobre 2007 à l'initiative du Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-femmes

(CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) est un outil et une aide, notamment pour orienter les cursus de formation initiale. « Il doit contribuer à poser les bases de l'enseignement initial et constituer le socle sur lequel repose l'évaluation des compétences des sages-femmes ». (46)

Deux situations types du Référentiel décrivent les compétences de la sage-femme quant à l'allaitement maternel. Tout d'abord, dans la surveillance des suites de l'accouchement, l'accueil du nouveau-né se fait entre autre, en « favorisant la mise en place de l'allaitement, en fonction du rythme du bébé et du choix de la mère ». Et secondairement, dans le suivi mère-enfant des suites de couches, la sage-femme « vérifie la mise en place de l'allaitement maternel ou artificiel, en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications,... ».

Le référentiel donne aussi des exemples des principales modalités d'acquisition des savoirs scientifiques et techniques, ainsi que des savoir-faire :

- Cours et enseignements intégrés : cours magistral, approche par problème (APP), apprentissage du raisonnement clinique (ARC).
- Enseignements dirigés, travaux pratiques
- Les échanges de bonnes pratiques.
- Stages, tutorat
- Nouvelles techniques informatiques d'information et d'autoformation : portfolio,
- Méthodologie de l'apprentissage
- Mises en situation cliniques ou observations cliniques
- Technique de communication individuelle et de groupe

De plus, ce référentiel met en avant l'importance des compétences transversales que la sage-femme doit acquérir, et particulièrement dans le cadre de l'allaitement, le respect des droits, des besoins et des attentes. Ceci, en intervenant, dans chacune de ses actions pour le bien et l'intérêt des femmes et enfants, quelque soit le contexte de soins, préserver l'intimité, créer une relation de confiance, et en faisant émerger les ressources de la mère et famille dans son contexte personnel social, culturel et environnemental. En effet, les déterminants psychosociaux et

environnementaux de l'allaitement étant nombreux et complexes, c'est important de prendre le temps, pour chacune des patientes et des couples, de s'attarder sur leurs caractéristiques, leurs représentations, leurs désirs.

L'allaitement dans le Programme officiel des études de sages-femmes de 2001

Le programme actuel des études de sage-femme fut fixé par un arrêté le 11 décembre 2001 par la Ministère délégué à la Santé et le Ministère de l'Education Nationale. (47)

Le vingt-huitième objectif de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique est de « promouvoir l'allaitement maternel et assurer son suivi ».

Enseignement théorique de l'allaitement

L'enseignement de l'allaitement ne constitue pas un module à part entière dans le programme, mais nous retrouvons différents points dans les modules d'anatomie clinique spécifique et anatomie et physiologie obstétricale, de puériculture, néonatalogie et pédiatrie, et ce en première phase et deuxième phase. Les éléments de ces modules sont très clairs, mentionnant l'allaitement.

D'autres enseignements ou d'autres modules, comme la relation mère enfant, les compétences sensorielles du nouveau-né, la sociologie, la psychologie, communication peuvent aborder l'allaitement, mais il n'est pas spécifié de façon textuelle. (cf. annexe 6)

Enseignement clinique de l'allaitement

Les stages sur le terrain sont l'un des principaux outils de l'enseignement clinique et pratique, quand l'étudiante est face aux patientes et à leurs besoins concrets.

Les différents stages où l'étudiante pour accompagner et soutenir l'allaitement sont détaillés en Annexe 6.

Volume horaire et modalités de l'enseignement de l'allaitement

De part l'absence d'un module à part entière sur l'allaitement, il n'y a dans le Programme des études de sages-femmes, aucune indication sur la quantité d'heure recommandée pour l'enseignement théorique durant les études.

De plus, les outils pédagogiques et l'organisation de l'enseignement sont laissés libres à chaque école, qui peut choisir de mettre ou pas en œuvre les techniques d'acquisition du savoir et des compétences énoncées dans le Référentiel des compétences.

Les intervenants ne sont pas précisés non plus, particulièrement l'importance relative ou nécessaire d'avoir des cours ou des travaux dirigés par des spécialistes du thème abordé, comme par exemple un pharmacologue pour les médicaments et l'allaitement, ou un pédiatre pour les compétences du nouveau-né, une sociologue pour les aspects culturels, etc.

Il est possible de tout faire, d'un certain nombre de façon, avec plus ou moins d'intervenants, de façon très exhaustive ou juste le nécessaire, très théorique ou très pratique. Ces modalités d'enseignement seront l'objet de notre recherche.

Un point particulier peut être noté autour du peu d'ouvrages dits de références et actualisés pour les étudiants sages-femmes qui souhaitent ou doivent faire des recherches personnelles. Quelques ouvrages collectifs apparaissent actuellement, particulièrement avec des cas cliniques et des cas pratiques, ce qui peut rendre l'apprentissage plus construit et concret. (3, 7, 48, 49)

Les sites de références doivent aussi être précisés, dans l'immensité des sites professionnels, associatifs et d'usagers sur l'allaitement.

Méthodologie et résultats de l'étude

Problématique

L'actuel enseignement théorique et clinique de l'allaitement maternel, tel qu'il est organisé dans les écoles de sages-femmes, permet-il de promouvoir et d'accompagner l'allaitement dans toutes ses étapes, comme l'exigent les recommandations officielles ?

Hypothèses et objectifs

Hypothèses

Pour répondre à cette question, nous avons posé trois hypothèses :

- La formation théorique en Ecole de Sages-femmes aborde l'ensemble des points nécessaires à la promotion et à l'accompagnement de l'allaitement maternel.
- La formation clinique est suffisamment guidée et encadrée sur les lieux de stage.
- L'enseignement théorique de l'allaitement à l'école doit être complet et exhaustif, condition pour pouvoir apprendre à accompagner et favoriser l'allaitement dans les services

Objectifs

Les objectifs de l'étude sont d'observer comment les enseignements théoriques et pratiques de l'allaitement sont organisés, ainsi que les modalités d'encadrement et de guidance sur les lieux de stage.

Nous souhaitons aussi mesurer la satisfaction des étudiantes sur les différents enseignements par rapport aux besoins et difficultés, et leur appréciation de leur capacité à faire face à leur rôle et leur capacité d'accompagnement de l'allaitement et ses difficultés.

Enfin, en répertoriant les différents moyens pédagogiques utilisés pour l'enseignement théorique et pratique, et en évaluant l'impact de ces différentes méthodes en s'appuyant sur le point de vue des étudiants, nous voulons déterminer ceux qui peuvent être les plus pertinents ou demandés par les étudiants.

Méthode

Population

Afin de répondre aux différentes hypothèses, nous avons choisi de nous intéresser à deux des populations concernées dans la formation initiale de l'allaitement en école de sages-femmes en France :

- Les équipes pédagogiques de sages-femmes enseignantes de ces écoles,
- Les étudiantes sages-femmes, et particulièrement les étudiantes de deuxième année de deuxième phase puisque ces étudiants ont reçus la totalité ou la quasi-totalité de l'enseignement de l'allaitement maternel

Afin d'infirmer ou de confirmer la première hypothèse, nous avons choisi de mener une enquête auprès des équipes pédagogiques, afin de tenter de réaliser l'état des lieux de l'enseignement théorique et pratique, ainsi qu'en stage, dans leur école.

Concernant les deux autres hypothèses, une enquête auprès des étudiantes en deuxième année de deuxième phase permet d'évaluer l'enseignement reçu et l'encadrement sur les lieux de stage, ainsi que leur avis, à quelques mois du diplôme, sur le rôle de la sage-femme dans la promotion et d'accompagnement de l'allaitement.

Instruments et protocole

Deux questionnaires différents et distincts ont été réalisés, portant sur les modalités des différents éléments d'enseignement, théorique et clinique.

Les deux questionnaires ont été conçus de manière à être anonymes une fois imprimés.

Le questionnaire destiné aux équipes enseignantes

Le questionnaire a d'abord été envoyé par mail aux équipes pédagogiques des 35 écoles de France le 20 novembre 2010, accompagné d'un mot explicatif. La date de retour par mail était souhaitée le 1^{er} décembre. Face à un taux de retour faible, une deuxième relance a été réalisée par mail début décembre.

Enfin, pour les écoles qui n'avaient pas répondu ou qui demandaient des supports papiers, il leur fut envoyé le 3 janvier 2011 les deux questionnaires par

courrier, avec une lettre explicative du protocole d'étude et avec une enveloppe pour le retour, fixé au 20 janvier 2011. La date butoir de prise en considération des résultats était le 29 janvier 2011.

A cette date, 19 des 35 écoles de sages-femmes de France avaient répondu, soit 54% de réponses.

Le questionnaire destiné aux étudiantes sages-femmes de deuxième année de deuxième phase

Avant d'envoyer le questionnaire, ce dernier a été testé par deux étudiantes sages-femmes de notre promotion, afin de reformuler et réorganiser le questionnaire.

Le questionnaire a d'abord été envoyé aux écoles, pour qu'elles puissent le transmettre aux étudiantes, afin qu'elles le retournent par mail.

Devant seulement une cinquantaine de réponse par mail, les objectifs du nombre de retour souhaité furent reconsidérés, et fixés à 20 questionnaires par école. Vingt questionnaires par école furent envoyés par la poste avec le questionnaire destiné aux équipes enseignantes, aux écoles qui n'avaient pas répondu par mail. La date des retours fut aussi la même que pour les équipes pédagogiques.

Sur les 35 écoles de sages-femmes en France, 700 questionnaires étaient donc attendus pour un taux de 100% de participation. A la date butoir, 280 questionnaires étaient retournés. 6 d'entre eux n'étaient pas exploitables, et 274 ont donc été analysés, soit un taux de 39% de réponses. Treize de ces questionnaires étaient remplis par des étudiants masculins, soit 4.7 % des questionnaires.

Biais

Concernant les équipes de sages-femmes enseignantes

Le questionnaire a été envoyé aux équipes pédagogiques de sages-femmes enseignantes, dans le but d'obtenir des réponses collectives et une vision globale d'équipe sur l'enseignement.

Sur les dix-neuf réponses, seules cinq des réponses ont été rédigées en équipe, les quatorze autres étant rédigées par une sage-femme enseignante de l'école. Ces enseignantes peuvent éventuellement celles qui sont intéressées par

l'allaitement, ou intervenantes dans l'enseignement ou responsable de son organisation, et ne sont pas forcément représentatives de l'équipe entière.

De plus, il est possible que les équipes enseignantes qui ont répondu soient des équipes particulièrement investies dans l'allaitement et dans son enseignement. Ceci représente un biais de sélection.

Des équipes enseignantes réorganisent actuellement leur enseignement de l'allaitement sur les quatre années d'école de sages-femmes. Répondre au questionnaire était alors peut-être compliqué et donc non ou peu possible.

Concernant les étudiants de deuxième année de deuxième phase

Le même biais de sélection peut être retrouvé concernant les étudiants qui ont répondu au questionnaire qui leur était destiné. Les étudiants les plus intéressés ou les moins désintéressés par l'allaitement ont pu répondre de façon préférentielle.

De plus, les étudiants ont été remplis en relative fin d'études, entre cinq et six mois avant la fin des enseignements et des stages. Il est possible que ces derniers mois leur apportent encore des mises à jour théoriques ou des approfondissements ou des travaux pratiques, ainsi qu'une amélioration de leurs compétences cliniques de l'allaitement en maternité.

Il existe aussi un biais du fait de la non obligation de réponse pour prendre en compte les questionnaires renvoyés par les étudiants. En effet, les questionnaires où quelques réponses à des sous questions ou des questions de troisième ordre manquaient ont été pris en compte. Ceci rend parfois les résultats difficiles à interpréter au vu du taux parfois fort de non réponses.

Concernant le type de questions choisies

La majorité des questions sont des questions fermées, pour un remplissage facile et rapide, et un dépouillage facilité. Les réponses peuvent ainsi être orientées dans un sens ou dans un autre, réduisant ainsi les réponses personnelles de étudiants ou des équipes enseignantes à des réponses qui ne sont pas tout à fait les véritables. Ceci constitue un biais.

C'est pourquoi la réponse « Autre, précisez » est utilisée plusieurs fois comme une réponse possible dans les questions fermées, afin de permettre aux interlocuteurs de mieux s'exprimer.

Outils informatiques

Pour traiter les données, ainsi que pour présenter les résultats, nous avons utilisé les logiciels EXCEL et WORD de Microsoft Office.

Résultats

Afin de permettre un exposé des résultats de l'étude, nous avons nommé « Qesf-I1 » la question 1 de la partie I du questionnaire destiné aux étudiants de deuxième année de deuxième phase (cf. annexe 8). De même, « Qep-IIa » correspond la question a. de la partie II du questionnaire destiné aux équipes pédagogiques (cf. annexe 7).

Les questions ouvertes ont été analysées systématiquement, par récurrence des mots et analyse et discours pour certaines questions, une analyse des discours pour d'autres.

Nous avons classé les résultats en fonction de différents axes permettant de faire un tour d'horizon de l'enseignement de l'allaitement: le programme vu à l'école, les modalités d'enseignement de ces cours, l'encadrement sur les lieux de stage et l'évaluation des connaissances et compétences de l'étudiant, la sage-femme et son rôle dans l'allaitement, et enfin les demandes et suggestions des étudiantes et équipes pédagogiques.

Des abréviations ont parfois été utilisées, pour un souci de lisibilité des graphes et des tableaux :

SF : sage-femme

HAD : hospitalisation

SFE : sage-femme enseignante

ESF : Etudiante sage-femme

DU : diplôme universitaire

NN : nouveau-né

SdC : Suite de couches

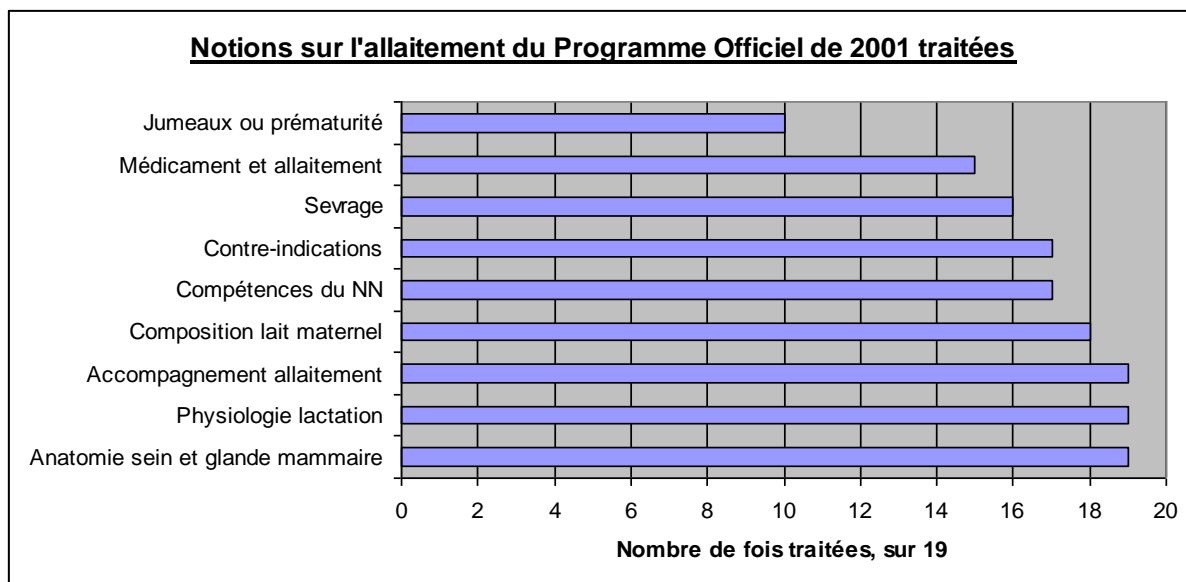
APP : apprentissage par problème

SdN : salle de naissance

Le programme des études

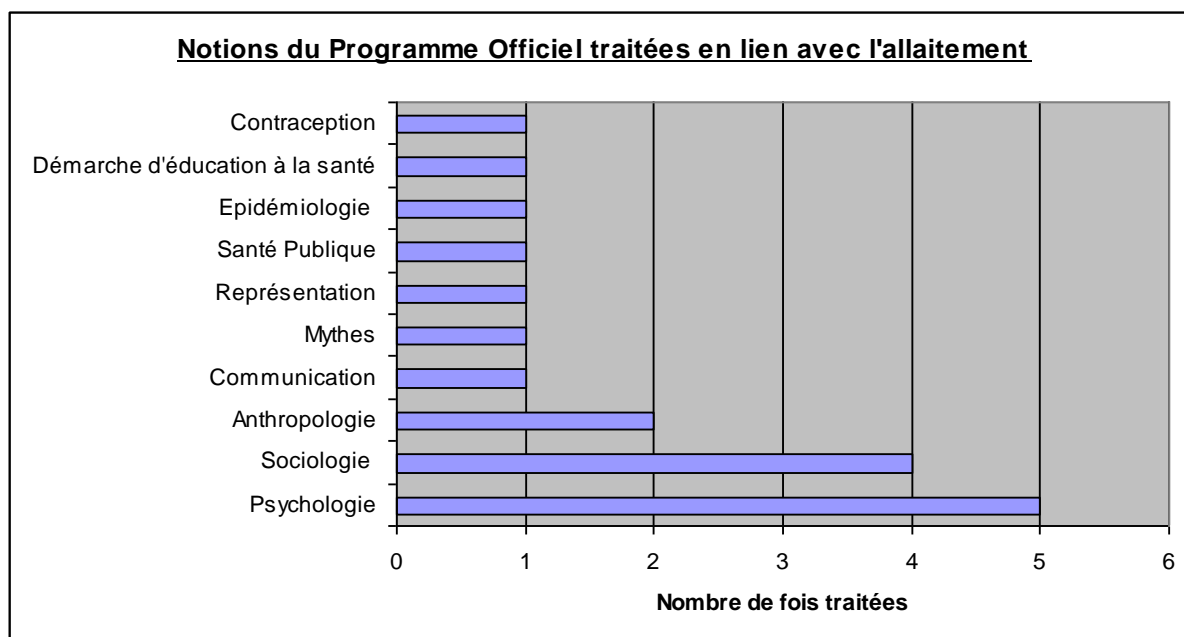
Qep-la : Notions du Programme Officiel des études de sage-femme de 2001 sur l'allaitement

Figure 1 : Notions traitées du Programme Officiel des études sur l'allaitement



Seize écoles choisissent d'ajouter des cours en lien avec l'allaitement, et qui ne sont pas clairement décrits dans le Programme Officiel des études de 2001.

Figure 2 : Notions traitées du Programme Officiel en lien avec l'allaitement



Dans les deux questions suivantes, une réponse « je ne sais pas » aurait pu être proposée dans les sous questions. En effet, en l'absence d'un cours ou de notions, l'étudiant ne sait pas forcément le bénéfice réel qu'ils auraient permis. Le fort taux de non-réponses à ces questions est peut-être dû à ce manque.

Qesf-II3 : Cours de psychologie et de sociologie en relation avec l'allaitement

27,9% des étudiants ont des cours de psychologie ou de sociologie en relation avec l'allaitement.

Les étudiants ayant bénéficié de cours de psychologie et de sociologie ont été nombreux (72,6%) à ne pas répondre au bénéfice potentiel que leur auraient apporté ces cours, mais 84% de ceux qui ont répondu s'appuient sur ces cours dans leur pratique.

Parmi ceux n'ayant pas eu de cours de psychologie et de sociologie appliqués à l'allaitement, 65,3% ont donné leur avis sur l'apport que cela aurait pu avoir. Parmi eux, 68,7% pensent que cela aurait pu les aider dans l'accompagnement de l'allaitement.

Qesf-I4 : Séminaires/ateliers de communication

64,6% des étudiants ont eu des séminaires ou ateliers de communication.

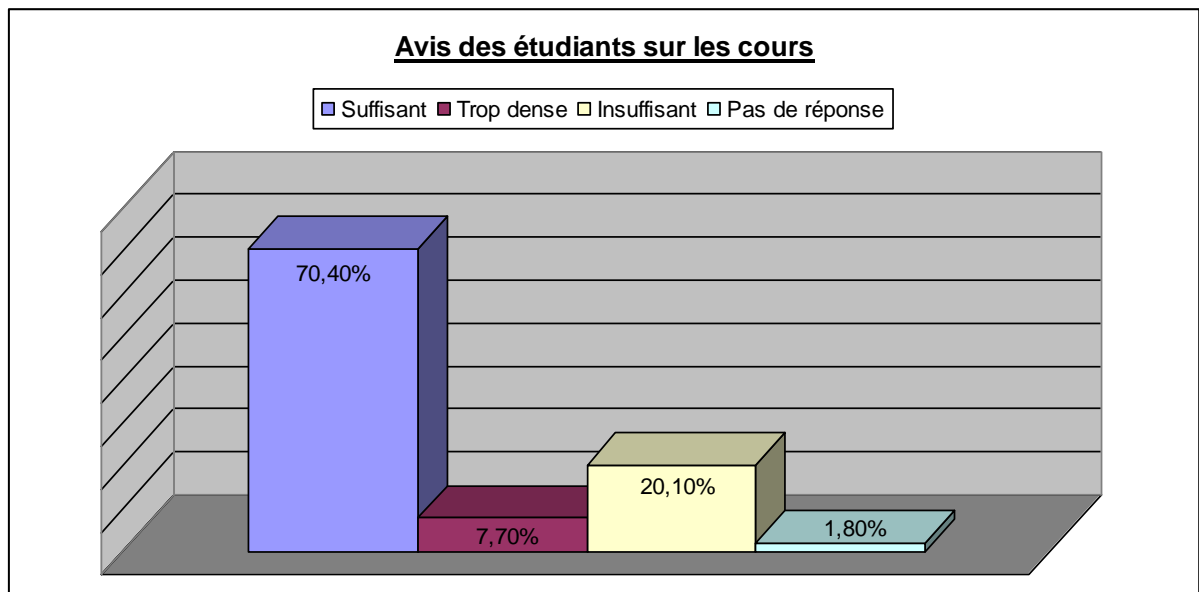
Dans cette question, la question portait sur l'existence de « séminaires » ou d'« ateliers » de communication, en sous-entendant un mode d'enseignement basé sur l'interaction des étudiants. Les étudiants ayant eu des cours plus magistraux de communication ne peut répondre à cette question, ce qui explique peut-être sûrement le fort taux de non réponse.

Parmi les étudiants qui ont répondu, 18,2% trouvent que cela leur a servi dans l'accompagnement de l'allaitement, mais 36,1% n'ont pas exprimé leur avis.

Parmi ceux qui n'ont pas de séminaires ou ateliers de communication, seuls 31,8% ont donné leur avis sur le bénéfice apporté pour l'accompagnement : 56,3% d'entre eux pensent que cela aurait pu les aider.

Qesf-II1 : Avis sur l'enseignement théorique

Figure 3 : Avis des étudiants sur l'enseignement théorique

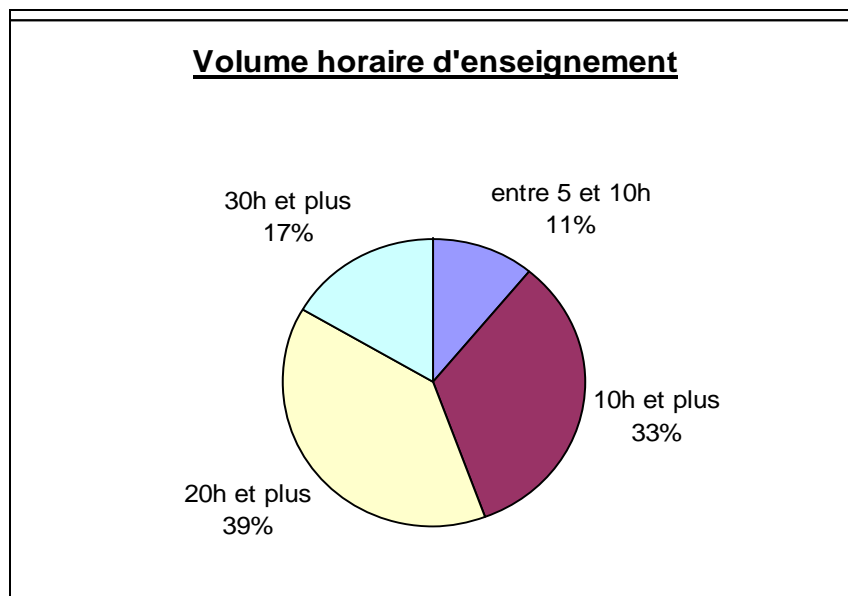


Les modalités d'enseignement

Qep-Ib : Volume horaire d'enseignement théorique et pratique

Une école n'a pas répondu à cette question.

Figure 4 : Volume horaire d'enseignement à l'école



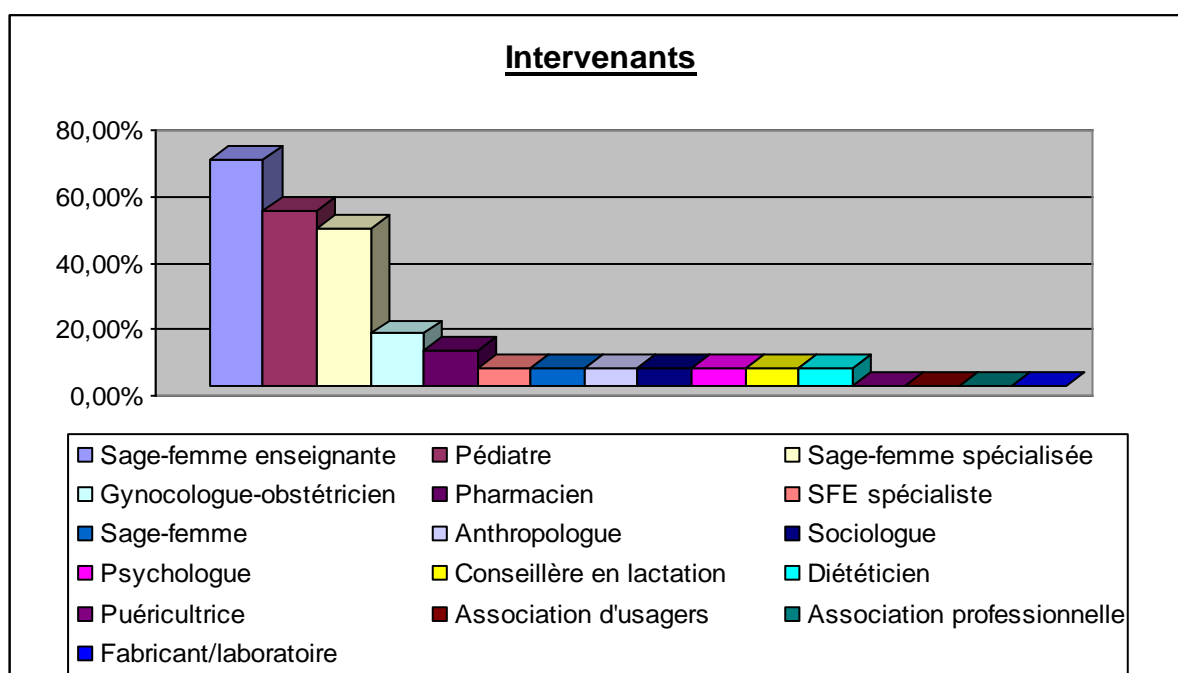
Qesf-II2 : Avis sur la répartition des cours sur les quatre années d'études

59,4% des étudiants trouvent que l'enseignement est bien réparti sur les différentes années. Parmi les autres, 84,5% ont donné des éléments d'explication :

- Concernant la répartition sur les années :
 - 21,5% ont des cours uniquement en première année
 - 55,9% ont des cours uniquement en première phase
- Concernant la répartition des cours en fonction des premiers stages où l'allaitement est rencontré :
 - 8,6% trouvent que la théorie de base vient trop tard
 - 7,5% mentionnent le fait que les cours de pathologies sont trop à distance des cours de physiologie, bien que rencontrés dès les premiers stages
- Concernant la quantité des cours
 - 7,5% expliquent avoir une seule journée de cours sur l'allaitement, seulement un cours, ou quelques interventions rapides.
 - 16,1% mentionnent des cours souvent répétés sur différentes années.
 - 4% trouvent que les cours sont trop denses ou condensés sur trop peu de temps.

Qep-Ic : Intervenants

Figure 5 : Intervenants à l'école

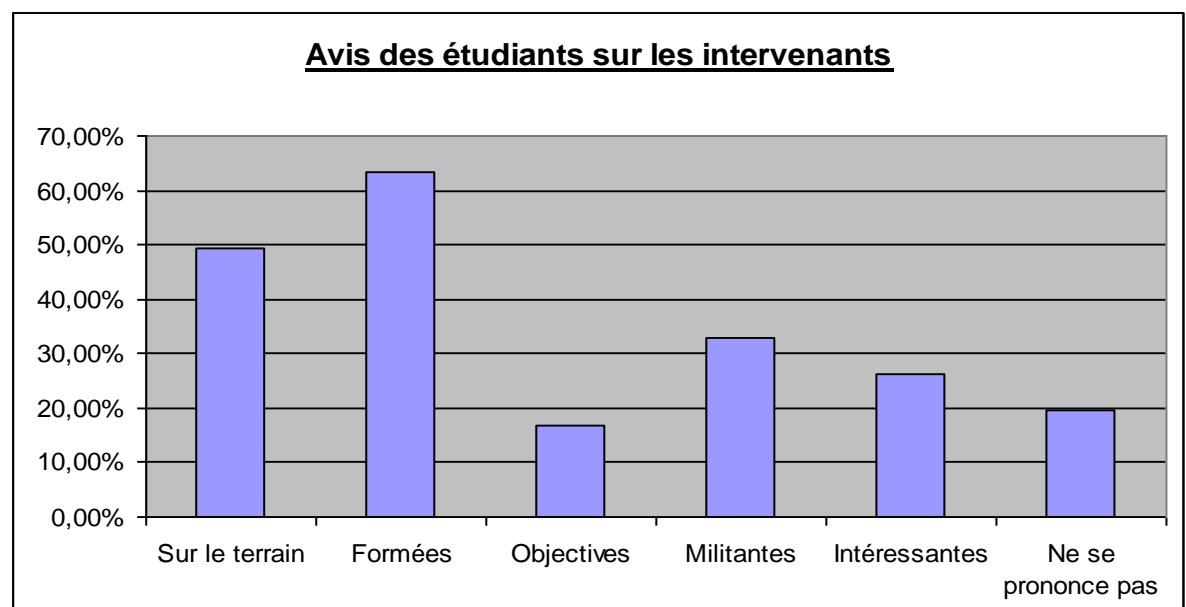


Dans cette question, il manquait la réponse « sage-femme enseignante spécifiquement formée à l'allaitement ». Cependant, cette réponse a été écrite par une école, d'où sa présence dans la figure ci-dessus, mais le taux aurait peut-être plus grand si la réponse avait été notée comme une des réponses pré-faites, et nous aurait renseigné ainsi de cette information importante.

Certains étudiants ont mentionné des étudiants de deuxième année de deuxième phase parmi les intervenants dispensant les cours.

Qesf-III2 : Avis sur les enseignants

Figure 6 : Avis des étudiants sur les intervenants

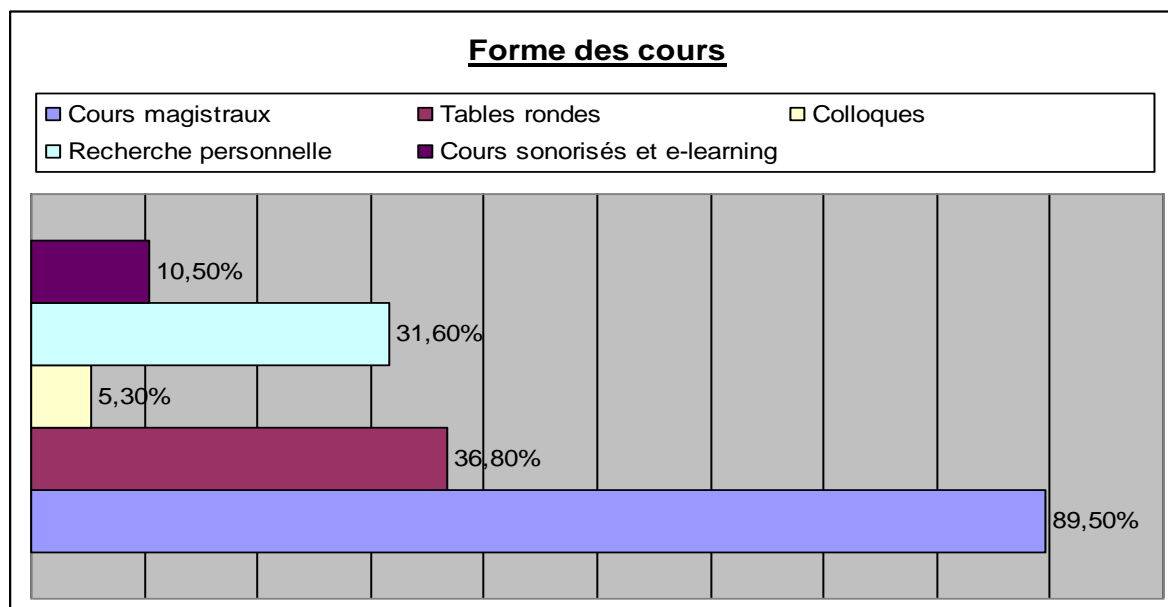


Dans cette question, le terme de « formées » aurait dû être précisé d'un « DU d'allaitement ou consultante en lactation », afin de pouvoir mieux répondre.

De plus, un étudiant qui ne trouve aucune réponse adaptée à cet item ne peut répondre en dehors de « autre », ce qui a souvent constitué un obstacle à une réponse.

Qep-Id.i : Forme des cours théoriques

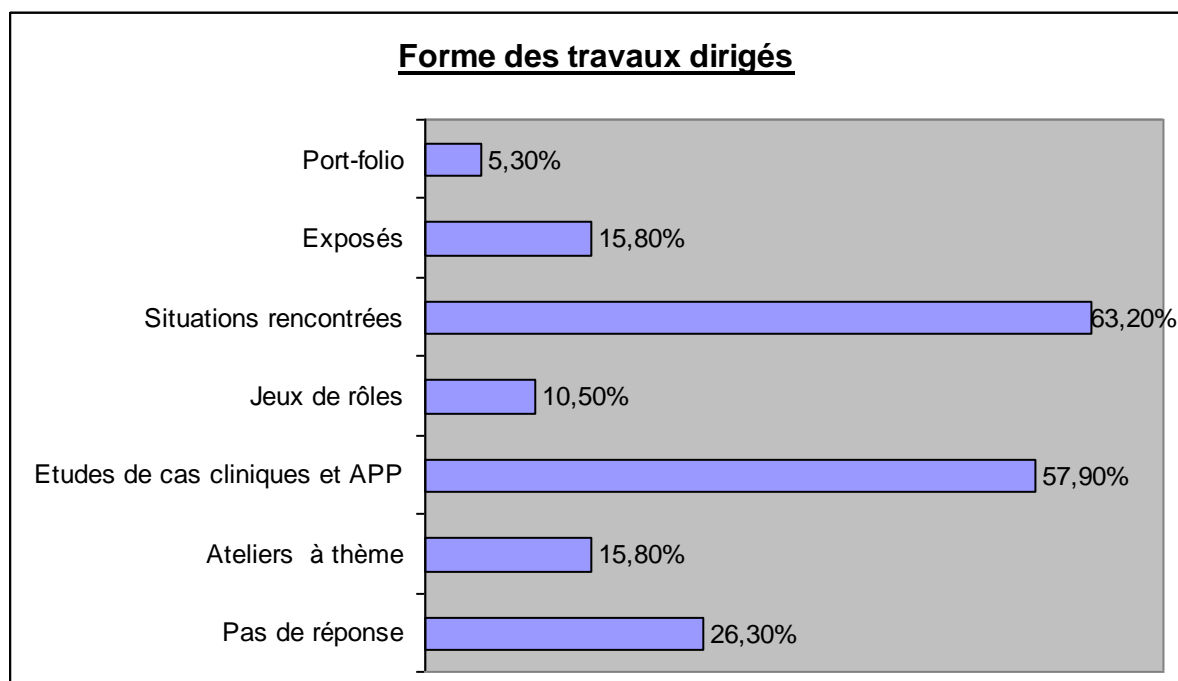
Figure 7 : Forme des cours théoriques



Qep-Id.ii : Travaux dirigés

Presque trois écoles sur quatre dispensent une partie de leur enseignement théorique et pratique sous forme de travaux dirigés.

Figure 8 : Forme des travaux dirigés

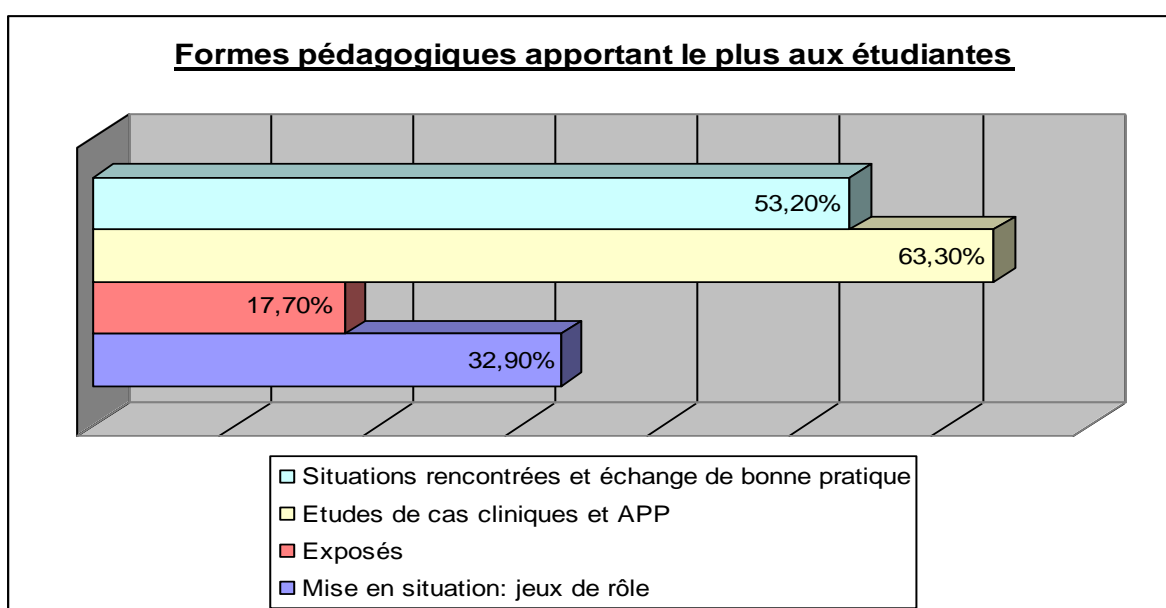


Qesf-III1 : Travaux dirigés

30% des étudiants seulement disent avoir des travaux dirigés, alors que les trois quarts des écoles disent en dispenser. Ces informations sont très différentes voir à l'opposé, mais plusieurs équipes pédagogiques mentionnent le changement récent ou actuel de leur mode d'enseignement, avec de plus en plus de pratique et de travaux dirigés. Cette discordance vient peut-être de là.

Parmi ceux qui n'en ont pas eu et qui ont précisé leur avis sur leur apport, 52,8% auraient apprécié aborder la pratique de façon plus concrète

Figure 9: Formes de travaux dirigés apportant le plus aux étudiants



71,1% des étudiants n'ont pas répondu à cette question.

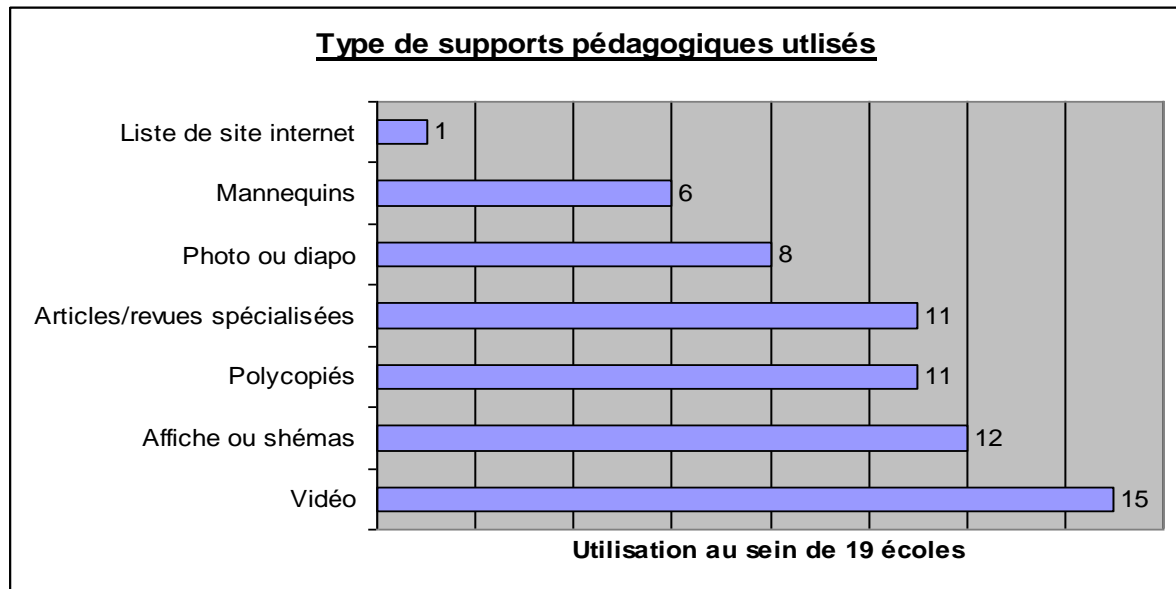
Certains étudiants ont mentionné aussi l'apport qu'avait constitué un travail dirigé avec le « Passage de La Leche League », ou encore de travaux pratiques sur « l'utilisation du tire-lait ou des bouts de seins ».

Dans cette question, un certain nombre d'étudiants n'ayant pas de travaux de groupe ont quand même répondu à cette question, indiquant ainsi les outils qu'ils auraient aimé avoir. Il est donc apparu que la question de l'appréciation des outils pédagogiques aurait été pertinente quelque soit la réponse à la question « Avez-vous eu des travaux de groupe ? ».

Qep-Id.iii : Supports pédagogiques utilisés

Sur les 19 écoles ayant répondu, une seule école n'utilise pas de support pédagogique. Huit écoles sur dix mettent ces supports à disposition des étudiants pour leurs travaux et recherches personnelles.

Figure 10: Type de supports pédagogiques utilisés



Evaluation des connaissances et application dans les stages

Qep-IIIa : Evaluation des connaissances théoriques

Une école n'a pas répondu à cette question.

Toutes les écoles évaluent les connaissances théoriques de l'allaitement maternel lors de devoir sur table, avec trois fois sur quatre des questions de cours, et quatre fois sur cinq à partir de cas cliniques.

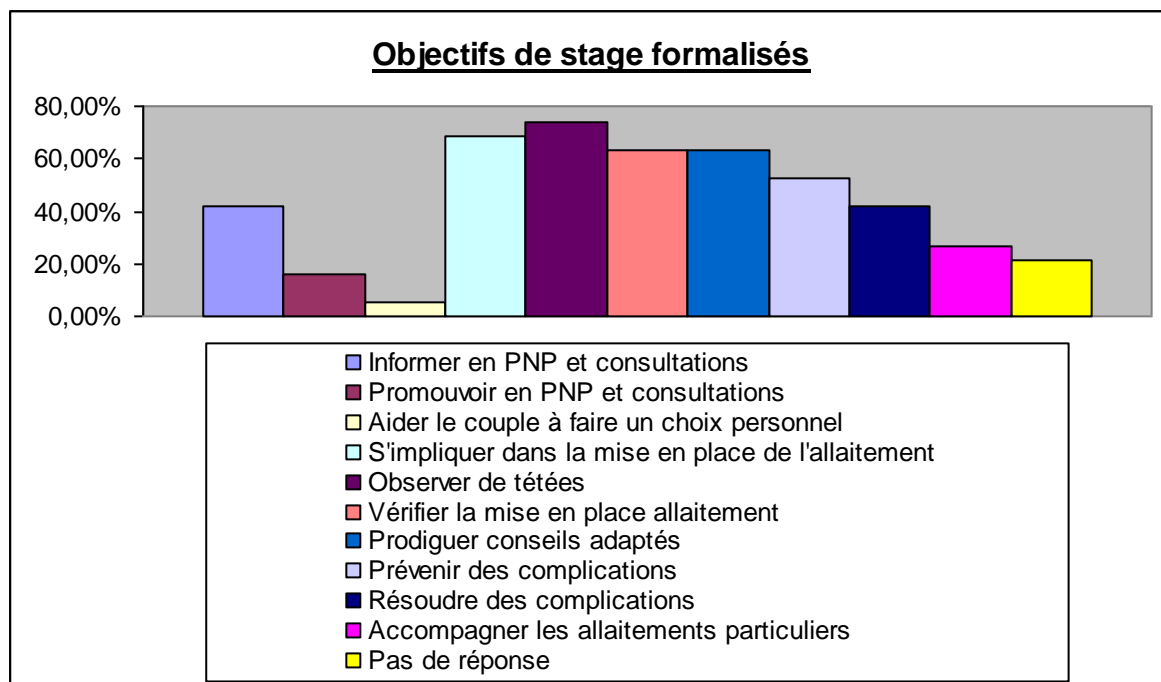
De plus, 22,2% d'entre elles évaluent leur étudiantes par le travail du portfolio, et 16,7% à l'occasion d'exposés.

Qep-IIa : Objectifs de stage formalisés dans les validations de stage

Une école n'a pas répondu à cette question

Il existe des objectifs de stage formalisés concernant l'allaitement maternel dans les fiches de stages dans 83,3% des écoles.

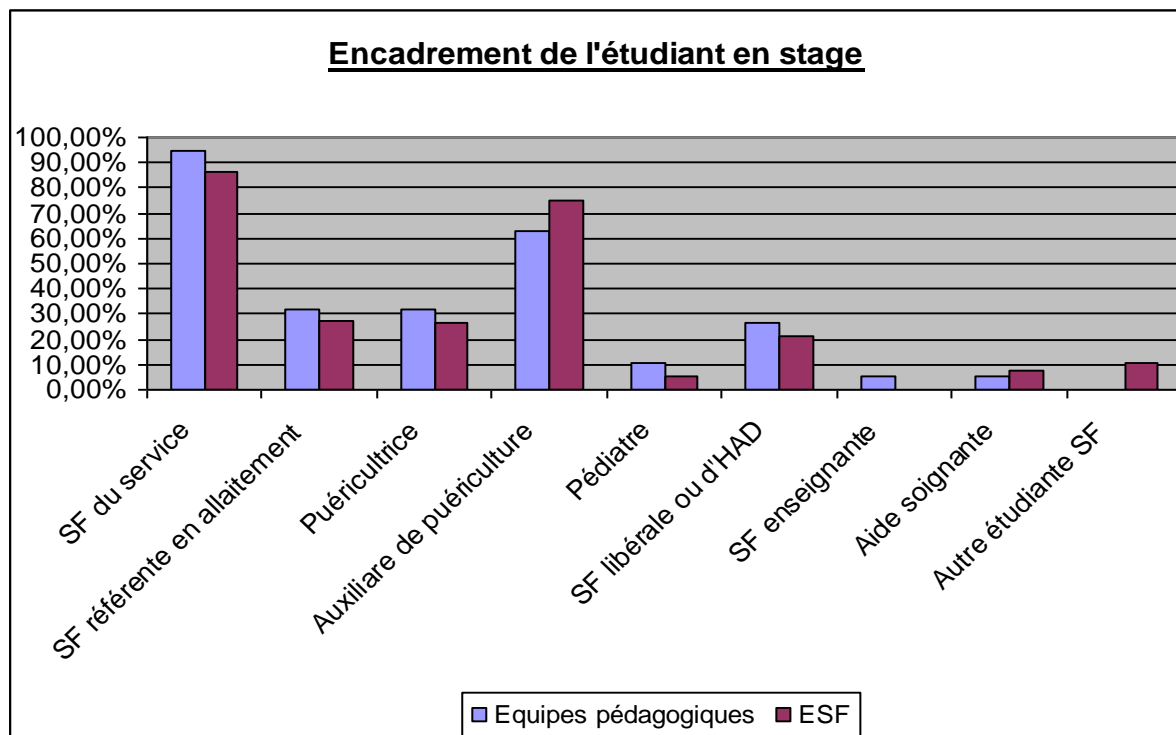
Figure 11: Objectifs de stage formalisés



Une école mentionne dans les objectifs de stage ou dans les relevés d'actes « effectuer la première mise au sein en salle de naissance ».

Qep-IIb et Qesf-IV1 : Encadrement des étudiants pour l'allaitement dans les stages

Figure 12: Encadrement de l'étudiant en stage



Deux étudiants ont mentionné « seul(e) » comme encadrement, et deux autres étudiants ont mentionné qu'une auxiliaire de puériculture référente en allaitement les encadrerait.

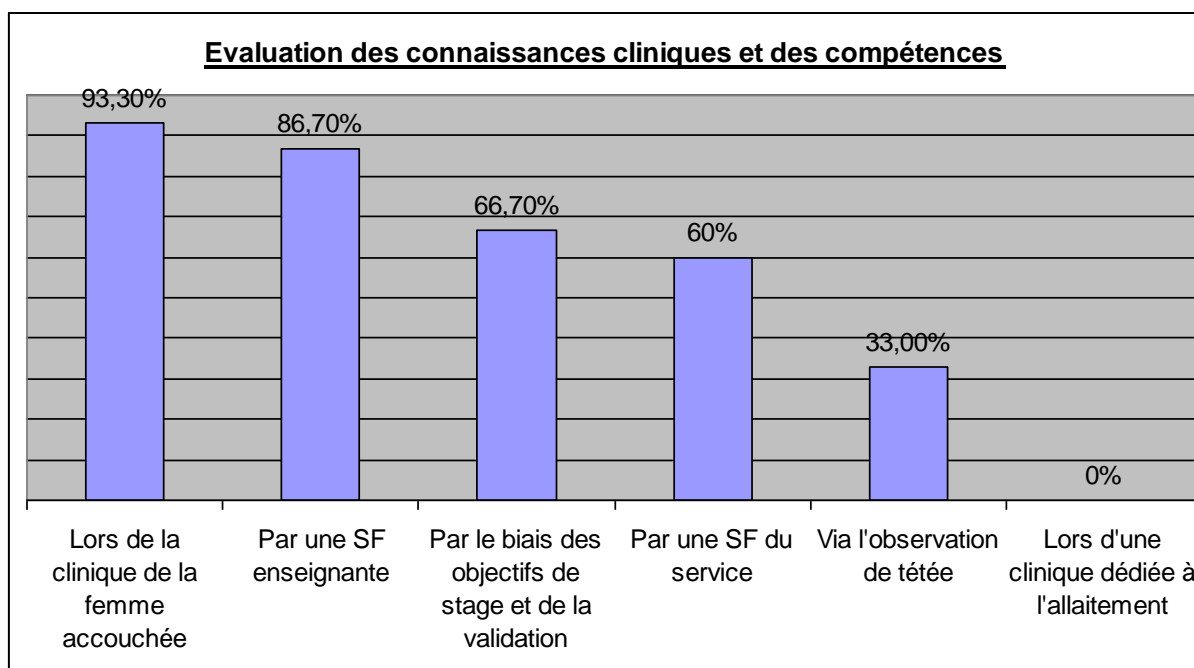
Qesf-IV3 : Observation de tétées

26,9% des étudiants ont des observations de tétées à effectuer. Le nombre de ces tétées à observer a rarement pu être précisé, il s'agit souvent d'observer régulièrement des tétées, pendant l'ensemble des différents stages où l'allaitement est présent, sur la durée des quatre années.

Qep-III3 : Evaluation des connaissances cliniques et de l'accompagnement de l'allaitement en stage

84,2% des écoles évaluent l'étudiant dans ses connaissances cliniques et son accompagnement de l'allaitement en stage.

Figure 13: Evaluation des connaissances cliniques et des compétences



Qesf-IV2 : Evaluation spécifique à l'allaitement durant les stages

Six étudiants, soit 2,2% mentionnent avoir des cliniques spécifiques à l'allaitement. Parmi ceux qui n'en ont pas, 20,4% des étudiants pensent qu'une évaluation spécifique leur serait utile.

Qesf-IV4 : Difficultés rencontrées en stages concernant l'allaitement

Plus de six étudiants sur sept rencontrent des difficultés avec l'allaitement.

Parmi l'ensemble de toutes les difficultés rencontrées dans l'allaitement (cf. annexe 9), nous avons retenu celles qui reviennent le plus et les avons classées selon des grandes catégories.

Anatomie maternelle

- Bouts de sein ombiliqués : 9,6%

Particularités du nouveau-né

- Nouveau-né hypotonique/endormi/difficilement stimuable : 8%

Contexte psychologique et émotionnel

- Etat psychologique de la mère, fatigue, pleurs, découragement, angoisse, crispation : 11,6%

Complications de l'allaitement

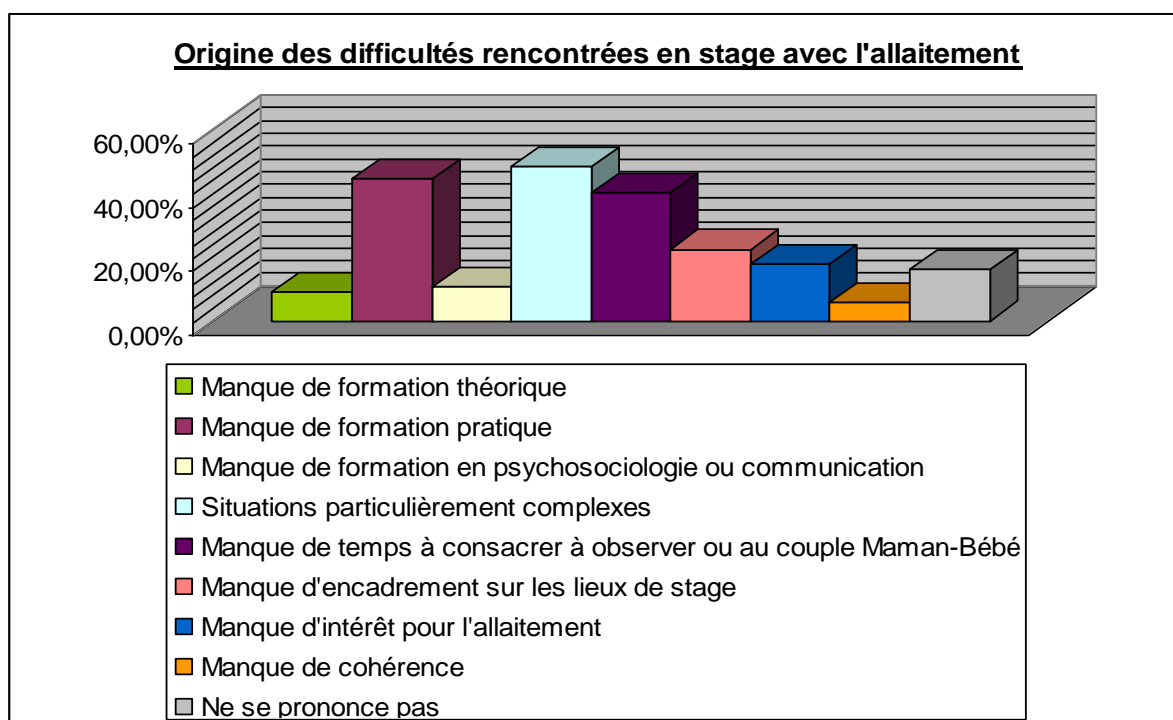
- Engorgement : 8,5%
- Crevasses : 5,6%

Accompagnement de l'allaitement

- Mises au sein difficiles : 22,2%
- Mauvaise succion/prise du sein : 8%
- Refus de téter ou bébé s'énervant : 18,2%
- Montée de lait retardée ou mise en place difficile : 11,1%
- Positions : 4%
- Perte de poids importante : 5%
- Trouver des solutions et donner des conseils adaptés : 7%

34 étudiantes, soit 17%, mentionnent comme difficulté en stage le manque de cohérence rencontré dans les discours des différents professionnels, des différentes équipes, des différentes générations.

Figure 14: Origine des difficultés rencontrées en stage avec l'allaitement



Deux étudiants précisent que les difficultés rencontrées peuvent être liées à « une médicalisation de l'allaitement », ou à « la vision de l'allaitement dans la société ».

Deux autres expliquent quant à eux que les difficultés rencontrées au sujet de l'allaitement sont certainement liées à leur manque d'expérience professionnelle.

Les compétences et le rôle de la sage-femme

A quelques mois de la fin de leur formation initiale, un étudiant sur trois estime avoir besoin d'une formation complémentaire en allaitement. Quelques étudiants précisent que cette nécessité est due principalement à un manque de formation pratique

Parmi le reste des étudiants, un étudiant sur deux pense qu'il devra faire une formation complémentaire dans le cadre de la formation continue, mais pas directement à la sortie de l'école.

Le rôle de la Sage-femme dans la promotion de l'allaitement

11,3% des étudiants n'ont pas répondu à cette question.

Plus d'un étudiant sur trois qualifie d' « *important* » le rôle de la sage-femme dans la promotion, un étudiant sur dix d' « *essentiel* », un étudiant sur cinq de « *primordial* ». Ce rôle est aussi qualifié de « *central* » et « *fondamental* ».

Un étudiant sur dix précise que ce rôle de promotion réside particulièrement dans l'information que l'on peut donner à la patiente, en consultation et cours de préparation à la naissance en prénatal, et dès le début de la grossesse.

Le terme de « *promotion* », sans avoir été défini au préalable pour les étudiants dans le questionnaire, a aussi gêné un certain nombre d'étudiants, qui considèrent que ce n'est pas à la sage-femme de promouvoir l'allaitement. Pour d'autres étudiants, il n'est pas question du rôle ou pas de la sage-femme, mais simplement du fait de devoir promouvoir l'allaitement.

Dans l'ensemble, après avoir exprimé le caractère important, essentiel ou primordial de la sage-femme dans la promotion de l'allaitement, un étudiant sur six précise l'importance de « *respecter le choix* » de la patiente, « *sans militantisme* », et sans « *culpabiliser* » les mères. Dans cette dimension de promotion, les étudiants incluent l'écoute et le respect. Une étudiante écrit au sujet de ce rôle de promotion de l'allaitement: « *Je pense que c'est personne dépendant. Dans tous les cas, je n'apprécie pas les extrêmes notamment le pro allaitement. A mon avis, ce qu'il faut arriver à faire c'est écouter la mère et ses choix et ne pas la pousser dans un sens et dans l'autre* »

Quelques exemples des réponses des étudiantes sont en annexe 10.

Le rôle de la SF dans la promotion de l'accompagnement de l'allaitement

48 étudiants n'ont pas répondu à cette question (17,5%).

Plus d'un étudiant sur trois trouve que la sage-femme a un rôle « *important* » dans l'accompagnement de l'allaitement, un étudiant sur dix le qualifie de « *primordial* ». Ce rôle est aussi souvent qualifié de « *central* », « *principal* », « *fondamental* », « *indispensable* ».

Pour la quasi-totalité des étudiants, le rôle d'accompagnement de l'allaitement rentre à part entière dans le rôle de la sage-femme, de part sa place « privilégiée » face à la femme durant les suites de couches, et du fait qu'elle est le « *professionnel de référence de l'allaitement en suites de couches* ». Comme le dit une étudiante, ce rôle est « *primordial car elle est l'actrice principale dans le suivi physiologique des patientes* ». Ce rôle consiste en « *accompagner* » l'allaitement, l'« *encadrer* », « *aider* », « *soutenir* » et « *encourager* » les femmes dans leur allaitement.

Quelques étudiantes placent ce rôle d'accompagnement dans la prise en charge globale de la couple femme/nouveau-né, dont la « *la sage-femme est à la meilleure place car capable de suivre la dyade mère/enfant* ».

Des étudiants trouvent que le rôle de promotion de l'accompagnement de l'allaitement contient aussi le rôle d'unifier les discours et le « *rôle de coordination du soutien de l'allaitement de l'allaitement maternel pour que les différents soignants s'accordent sur les pratiques et adoptent un discours communs* »

Un étudiant sage-femme considère que « *ce n'est pas une priorité au sein du métier : les puéricultrices ont un plus grand rôle dans l'accompagnement* ». Cet avis peut être expliqué par un autre étudiant, qui explique que le rôle d'accompagnement de l'allaitement est une « *fonction que l'on ne peut pas toujours faire puisque nous nous occupons que de la mère et pas de l'enfant... les puéricultrices ont ce rôle dans les maternités où nous allons* ».

Quelques exemples de réponses des étudiants sont exposés en annexe 11

Points de vue, demandes, idées et suggestions pour l'enseignement de l'allaitement maternel

Point de vue et suggestions des équipes enseignantes sur l'enseignement initial de l'allaitement en écoles de sages-femmes

Presque une équipe enseignante sur trois pense que l'enseignement de l'allaitement peut être amélioré en école de sage-femme. Elles trouvent en effet que « *l'enseignement est éclaté* » et qu'il faudrait « *une cohérence de la formation en allaitement sur l'ensemble des quatre années* ».

Elles pensent qu'il faudrait davantage *« développer les aspects psychosociaux et anthropologiques de l'allaitement maternel »*, mais que *« le nombre d'heures dédiées à l'allaitement est trop peu importante »*. Une autre aborde la présence *« d'encore trop de représentations et d'idées reçues »*.

Elles trouvent qu'il existe des *« lacunes sur l'enseignement clinique et son évaluation »*, qu'il n'y a *« pas assez de situations pratiques rencontrées sur les terrains de stage »*, que le *« lien entre théorie et pratique est parfois difficile »*. Ces problèmes sont dus *« au fait que les sages-femmes ne gèrent pas l'accompagnement de l'allaitement maternel »* dans certaines maternités, et qu'il existe *« parfois un gouffre entre les recommandations de la pratique clinique et les conduites à tenir dans certains services »*.

Enfin, l'une d'elle pense que *« les écoles de sages-femmes ne donnent que des bases théoriques minimales »*, et que les professionnels ne sont pas assez formés pour *« soutenir l'allaitement à la sortie de la maternité, d'où la nécessité de prendre conscience des difficultés en dehors de la maternité, comme lors des stages avec des sages-femmes libérales »*.

Celles qui pensent que l'enseignement de l'allaitement dans leur école ne devrait pas être amélioré trouvent que *« l'enseignement paraît assez exhaustif »*. De plus, l'une d'elles mentionne *« que peut-on faire de plus après avoir mis en place des travaux dirigés et des cliniques ? »*. Enfin, pour une autre, *« tout enseignement est améliorable, mais la perfection n'est pas de ce monde »*.

Dix écoles ont exprimé des idées ou des suggestions pour améliorer l'enseignement de l'allaitement.

« Des tables rondes, avec les différents professionnels de terrains et des usagers pour les aspects psychologiques et le positionnement professionnel de la sage-femme vis-à-vis de l'allaitement maternel » pourraient être organisées et mises en place.

Les équipes enseignantes pourraient *« élaborer le module d'enseignement avec la conseillère en lactation et la sage-femme spécialisée »*. De plus, la *« construction de l'enseignement est à améliorer chaque année »*. L'une des équipes pédagogique pense aussi qu'il faudrait *« intégrer davantage l'allaitement dans la prise en charge globale du couple mère enfant en suite de couches »*.

Plusieurs équipes pédagogiques mentionnent le caractère important de la formation des sages-femmes et professionnels qui dispensent les cours, et pensent qu'il est nécessaire de « *travailler avec des associations sérieuses et intervenantes correctement formés* », que ce soit « *des conseillères en lactation dispensant les cours à l'école* » ou même « *une sage-femme enseignante ayant une formation de conseillère en lactation obligatoire dans chaque école* », mais sans « *extrémismes qui culpabilisent les femmes* ». Dans une des écoles, « *les deux sages-femmes cliniciennes qui dispensent les cours théoriques ont leur DU d'allaitement et travaillent en coordination* ».

Les équipes pédagogiques trouvent pertinent de « *mettre en place des outils type port-folio* », de « *diversifier encore plus les outils pédagogiques* », avec un « *partage d'expérience à partir de cas cliniques* », en abordant aussi la « *prise en charge des situations particulières telle la prématurité ou les césariennes* », « *travailler le raisonnement clinique en atelier* ».

Deux écoles mentionnent que « *l'enseignement est difficile dans la mesure où les services ne sont pas encore complètement au point* », et qu'il faudrait ainsi une « *formation continue obligatoire dans toutes les maternités, obligeant le personnel à des remises en question et une évolution des connaissances* ».

Quant à quelques suggestions pour l'enseignement théorique et clinique de l'allaitement, les équipes pédagogiques pensent qu'« *il faudrait permettre aux étudiantes d'aller aux consultations d'allaitement mises en place* » dans les maternités, ou bien de « *s'engager dans la Semaine de Mondiale de l'Allaitement Maternel* ».

Demandes et propositions des étudiants sur l'enseignement initial de l'allaitement en écoles de sages-femmes

Un étudiant sur deux a donné des idées et des suggestions sur la formation initiale de l'allaitement en école de sage-femme.

Nous avons trié et classé les différents éléments dans des thèmes communs ayant attiré à la formation initiale. De l'ensemble des éléments cités par les étudiants (cf. annexe 12), notés ici les principaux.

Au sujet des cours magistraux/théoriques

- 4,3% des étudiants trouvent la quantité de cours magistraux trop importante
- 6,6% souhaiteraient avoir plus de cours théoriques, plus approfondis ou plus complets
- 3,6% mentionnent l'intérêt de mieux répartir les cours sur les quatre années

Au sujet de notions abordées en cours

- 2,2% des étudiants souhaiteraient avoir plus de notions de psychologie et de sociologie, de communication, des cours sur l'allaitement dans les différentes cultures

Au sujet de la forme de l'enseignement

- Un étudiant sur deux souhaiterait aborder davantage la pratique, le concret de l'allaitement, sous forme de travaux dirigés, avec des cas cliniques, des échanges sur les situations rencontrées, des jeux de rôles ou des mises en situation.
- 8,8% précisent que ces travaux pratiques et les cas cliniques devraient se concentrer autour des difficultés, complications ou pathologies de l'allaitement.
- 4,4% des souhaiteraient notamment des travaux pratiques sur les positions d'allaitement.

Au sujet des enseignants et intervenants à l'Ecole de Sages-femmes

- 14,6% des étudiants pensent qu'il serait nécessaire que les intervenants dispensant les cours et travaux dirigés et pratiques soient formés avec un DU d'allaitement ou consultants en lactation.
- 2,9% mentionnent aussi l'intérêt d'intervention par des femmes qui ont allaité, avec une expérience positive et/ou négative, ou qui allaitent.
- 2,9% des étudiants auraient souhaité rencontrer dans l'enseignement davantage d'objectivité, moins de rigidité de la part des intervenants.

Au sujet des stages

- 3,6% des étudiants expriment le besoin d'avoir des objectifs de stages clairs et spécifiques à l'allaitement.
- 9,5% auraient souhaité être mieux encadrés sur les lieux de stage, et être ainsi plus formés cliniquement.

Un certain nombre d'idées originales ont aussi émergé des suggestions ou demandes des étudiants. Passer une ou deux journées en stage avec une sage-femme référente en allaitement revient dans 11,6% des réponses. Effectuer des remplacements ou des vacations de nuit en tant qu'auxiliaire de puériculture est cité dans presque 3% des fois. D'autres idées, telles que la visite d'un lactarium, des cours supplémentaires possibles pour celles qui souhaitent approfondir leurs connaissances et compétences en allaitement, une participation aux séminaires, conférences ou débats sur l'allaitement, sont aussi proposées ou suggérées.

Analyse

Avant d'analyser les résultats des questionnaires afin d'affirmer ou infirmer nos hypothèses, nous discuterons du choix du thème, de l'outil choisi et de la méthodologie de notre étude.

Discussion du sujet, du matériel et de la méthode

Discussion du sujet

Le thème de l'allaitement, avant même le sujet de la formation de l'allaitement en école de sages-femmes, est un thème complexe et difficile à traiter avec neutralité. La multiplicité et l'entrecroisement plus ou moins conscients des raisons et facteurs qui font qu'une femme va décider d'allaiter ou de donner le biberon, sont les mêmes qui font les convictions des professionnels. Pour ce thème qu'est l'allaitement, malgré la conscience de la nécessité de faire abstraction de ses avis personnels pour mieux servir chaque femme dans son envie propre, il est particulièrement difficile d'avoir un discours vraiment neutre sans faire ressentir de parti pris à l'interlocuteur ou à la patiente. De plus, l'allaitement ne peut s'inscrire dans un protocole, qui dicterait la conduite à tenir du début à la fin, et permettrait ainsi au professionnel d'agir sans que ses convictions et ses avis personnels ne puissent interférer de manière plus ou moins grande dans la promotion et l'accompagnement de l'allaitement.

Traiter de ce thème demande ainsi un travail de remise en question de ses préjugés et convictions personnelles, pour prendre du recul par rapport à elles et de les replacer à leur juste place et valeur, afin de ne pas biaiser les recherches et l'étude effectuées par un regard ou une vision personnelle trop orientée dans un sens ou dans un autre.

Aborder et travailler le sujet de la formation de l'allaitement en école de sages-femmes est assez délicat et complexe. C'est un sujet vaste, fonction de l'intérêt de chacune : de chaque école de sage-femme, chaque membre d'une même équipe pédagogique, de chaque étudiante sage-femme ou chaque professionnel rencontré en stage. Par ailleurs, bien que l'allaitement maternel corresponde de manière formalisée à un objectif de référence pour la formation dans le Programme Officiel

des études de sage-femme de 2001, ce sujet de la formation de l'allaitement peut être considéré comme important ou comme une formalité nécessaire, selon la sensibilisation différente de chaque école, en fonction de la région, de la politique ou de l'organisation des services et du rôle de chaque professionnel dans l'allaitement, et particulièrement celui de la sage-femme.

Le sujet de la formation en école de sage-femme est donc lui aussi complexe, car l'allaitement nécessite à la fois d'apporter la théorie suffisante et son application pratique si possible avant ou au cours des premiers stages en maternité, de faire des rappels et des retours réguliers sur les difficultés et situations rencontrées en stage, et enfin de se soucier de la qualité de l'encadrement en stage, dépendant de la formation des professionnels et de la transmission de leur savoir-faire et savoir être. Finalement, pour l'allaitement peut-être plus que pour la plupart des autres sujets de formation à l'école – en dehors des aspects de communication, de psychologie et d'accompagnement - , la formation des étudiants sage-femme dépend de la façon dont l'étudiant reçoit cette formation, et peut-être moins de la formation en elle-même. Cependant cette dernière doit exister tout de même et permettre aux étudiants d'avoir tous les outils nécessaires, ce que nous verrons dans l'analyse des résultats.

La problématique pose la question d'une formation suffisante des étudiants sages-femmes en allaitement face aux recommandations officielles, internationales, nationales et professionnelles. Cependant, la question importante est peut-être celle de la formation suffisante pour permettre à la sage-femme de remplir son rôle vis à vis de l'allaitement, c'est-à-dire favoriser et accompagner l'allaitement chez les patientes.

Discussion de l'outil et de la méthode

L'objectif des deux questionnaires est de réaliser un tour d'horizon des différentes écoles de France, des différentes façons dont l'enseignement théorique, pratique et clinique est organisé, et des avis de chacun autour de cette formation et du rôle de la sage-femme dans l'allaitement. C'est pourquoi le questionnaire a été envoyé à toutes les écoles et toutes les promotions de deuxième année de deuxième phase, et non pas à un échantillon d'école et d'étudiantes. Cependant, un

échantillonnage représentatif, particulièrement d'étudiants, aurait pu avoir une pertinence pour les questionnaires auprès des étudiants sages-femmes.

De plus, il aurait peut-être été tout aussi, voir plus, pertinent d'interroger des sages-femmes diplômées depuis un an. Elles ont pu se rendre compte de ce qui a servi et ce qui pouvait leur manquer dans l'enseignement reçu à l'école sur l'allaitement.

Malgré l'évolution des moyens de communication et l'aspect qui peut être considéré comme pratique ou plus simple, la méthodologie et les modalités d'envoi doivent rester rigoureuses et concrétisées par un envoi postal des questionnaires, avec une lettre introductrice expliquant le protocole d'étude, un délai de réponse assez important et une enveloppe timbrée pour le retour. Le questionnaire est un outil de recherche apparaissant comme simple, mais il ne permet pas un taux de réponses élevé statistiquement, même avec des relances.

Le dépouillage des deux questionnaires est venu mettre en avant les défauts de ceux-ci, rendant peut-être la réponse du questionnaire plus difficile. Ceci pourrait expliquer un grand nombre de non-réponses aux questions peu compréhensibles. Malgré une correction des deux questionnaires et un pré-test avec une enseignante pédagogique et deux étudiantes, il s'est révélé lors du dépouillage que certaines questions étaient mal comprises, donc certainement mal posées. D'autres questions pertinentes manquent aussi sur des aspects ou des détails non entrevus au préalable.

De plus, la construction informatique du questionnaire ne permettait pas assez de facilité de réponse pour les équipes pédagogiques et les étudiants qui ont répondu par voie électronique.

Un pré-test mieux conduit, auprès d'une dizaine d'étudiants de trois ou quatre écoles différentes, aurait sûrement permis de rencontrer des réponses inattendues ou différentes de celles des deux étudiantes de notre promotion, et de mieux réajuster ainsi le questionnaire.

Analyse des résultats de l'étude

« Promouvoir et favoriser l'allaitement » est la principale recommandation énoncée et encouragée dans l'ensemble des textes officiels des instances de santé internationales et nationales, portant sur l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson. Savoir promouvoir et assurer son suivi est un des objectifs de référence de formation du Programme Officiel des Sages-femmes de 2001. Savoir favoriser et accompagner l'allaitement est surtout une des activités quotidienne dans le post-partum pour la sage-femme, dans la dimension de prise en charge globale de la dyade mère/enfant, puisque telles sont définies ses compétences.

Au cours des quatre années d'études de sages-femmes, les étudiants reçoivent un enseignement, organisé et mis en place par l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes, avec différents outils et supports pédagogiques.

Par ailleurs, ils construisent aussi cette compétence durant les différents stages où ils rencontrent l'allaitement, comme les cours de préparation à la naissance et les consultations en prénatal, la salle d'accouchement, les suites de couches, les visites à domicile, les centres de PMI, les unités plus pédiatriques d'unités mères/enfants ou de soins néonataux.

Cependant, cet apprentissage progressif sur les lieux de stage doit pouvoir s'appuyer sur des notions de bases identiques pour tous et récentes, mais aussi sur des enseignements plus concrets et réels, proches des situations rencontrées en maternité, souvent génératrices de difficultés pour les étudiants.

Nous analyserons donc successivement ces trois dimensions de la formation de l'allaitement en école de sages-femmes, avant de citer quelques suggestions émises par les équipes pédagogiques et les étudiantes.

L'enseignement théorique de l'allaitement à l'école

Notre première hypothèse est que la formation théorique en école de sages-femmes aborde l'ensemble des points nécessaires à la promotion et à l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Contenu de l'enseignement théorique

Dans l'ensemble, les notions définies dans le programme officiel des études sont toutes traitées par les écoles de sage-femme. Les sujets du programme où l'allaitement peut être développé ou abordé sont souvent traités ou abordés, notamment l'allaitement dans les cas particuliers des naissances gémellaires ou prématurées, ou les aspects psychologiques de l'allaitement.

Certaines écoles abordent l'aspect sociologique et anthropologique de l'allaitement, mais aux vues des demandes des étudiants, peut-être cette dimension sociologique et culturelle mériterait d'être abordée de façon plus systématique. L'évolution et la diversification des populations en France depuis quarante ans font que la connaissance des pratiques de l'allaitement dans les différents continents ou pays permettrait de mieux comprendre les comportements et actions de certaines mères, qui peuvent nous sembler imperméables à toutes explications rationnelles et qui pourtant nous semblent importantes ou incontournables. Un des exemples retrouvé est l'allaitement mixte chez la plupart des femmes africaines.

La dimension psychologique est, selon les étudiants peut abordée, en tout cas de façon spécifique et appliquée à l'allaitement. Ceux qui ont pu en bénéficier disent que cela leur a été bénéfique ou utile, et ceux qui n'en ont pas bénéficié pensent que cela aurait pu les aider dans l'accompagnement de l'allaitement. Les questionnaires ne posent pas la question de la présence de cours de psychologie appliquée à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches, ou encore appliquée au nouveau-né dans les premières heures, jours et mois. En effet, une connaissance des notions de base des bouleversements psychiques vécus par la mère et par l'enfant lors de ces différentes étapes pourrait ouvrir, à défaut de cours de psychologie appliquée à l'allaitement, à une réflexion personnelle de l'étudiant sur les aspects psychologiques de cette dernière. Les situations rencontrées en stage peuvent en effet apporter matière à réflexion. Cependant, presque sept étudiants sur dix expriment l'utilité estimée si ces aspects psychologiques de l'allaitement avaient été abordés de façon explicite.

Quelques écoles développent aussi les facteurs influençant le choix d'alimentation du nouveau-né, comme les idées reçues, les mythes ou les

représentations de l'allaitement. Dans la volonté de respecter le choix de chaque femme telle que l'ont mentionné un grand nombre d'étudiants, il pourrait être intéressant de consacrer un peu de temps, éventuellement avec les différents spécialistes de la question, au développement de ces différents facteurs, le tout ayant pour but de permettre aux étudiants une réflexion personnelle sur leur jugement ou leur avis personnel pour un meilleur accompagnement professionnel.

La présence lors des quatre années d'études de séminaires ou d'ateliers de communication n'a pas été beaucoup renseignée. La question est certainement mal posée. Le but était de savoir si les outils de communication donnés aux étudiants lors de ces interventions leur servaient de l'allaitement. En effet, la promotion et l'accompagnement de l'allaitement nécessitent une interaction et une écoute importantes de la femme et/ou du couple. Or savoir écouter, savoir s'adapter à chacun dans le respect, savoir interagir de façon constructive et au service de la patiente et du couple mère/enfant, peut avoir une partie empirique, mais l'écoute active est une compétence à part entière, qui s'apprend, s'améliore, se construit petit à petit. Les techniques de bases de la communication s'apprennent, comme par exemple celles par l'OMS. Le taux de non réponse à cette question et ses sous questions peut montrer que face à la question posée ainsi, les étudiants n'ont pas perçu son intérêt, ou n'avaient pas conscience des outils de communication qu'ils utilisaient ou qui pouvait leur manquer pour accompagner au mieux l'allaitement.

Seulement deux étudiants sur dix trouvent que l'enseignement théorique reçu à l'école est insuffisant, et à peine un sur dix pense que les difficultés liées à l'allaitement qu'il rencontre en stage est dû à un manque de formation théorique. En effet, comme l'ont expliqué quelques étudiants, parfois l'allaitement est expliqué et vu en un seul cours, ou en quelques interventions rapides, ce qui est sûrement insuffisant, même en abordant les principales notions de base incontournables à savoir pour comprendre la physiologie de l'allaitement, et donc l'accompagnement et les complications qui en découlent.

Cependant, la question portait sur l'enseignement théorique reçu à l'école, ce qui exclut donc le travail personnel que l'étudiant peut faire de son propre chef ou parce qu'il est demandé par l'école, comme c'est le cas dans presque une école sur trois. En effet, certaines écoles s'appuient sur l'auto apprentissage des étudiants, par

le biais d'exposés ou de port folio, permettant de diminuer le nombre d'heures d'interventions dédiées à l'allaitement, ou en tout cas à l'enseignement des notions théoriques. Or, cet auto-apprentissage nécessite de pouvoir s'appuyer sur les quelques ouvrages récents ou des sites de référence, dont la liste devrait être donnée aux étudiants, afin de ne pas apprendre des éléments erronés et d'uniformiser les connaissances acquises. Dans ce même esprit, la correction éventuelle de ces recherches personnelles des étudiants nécessite aussi des lecteurs qui sont référents en allaitement ou qui ont bénéficié d'une formation continue récente en allaitement.

Dans des services de maternité où la cohérence peut manquer parfois entre les différents professionnels ou entre les équipes, comme le signalent de nombreux étudiants, il est sûrement important d'avoir déjà une uniformisation des acquis théoriques, afin de partir et se baser sur une base commune. Quelque soit le mode d'apprentissage de ces acquis, l'évaluation de ceux-ci devrait permettre de s'assurer, avec des correcteurs ayant ces mêmes bases mises à jour, que les connaissances sont identiques entre les étudiants. Le meilleur moyen d'une telle évaluation est le devoir sur table, effectué par toutes les écoles. L'aspect d'auto-apprentissage et raisonnement clinique des port-folio, mis en place dans une école sur quatre, présente une certaine pertinence et pourrait être davantage développé dans les écoles.

Forme de l'enseignement théorique, volume horaire et avis des étudiants sur la répartition des cours

L'enseignement théorique est dans la grande majorité des écoles dispensé sous forme de cours magistraux, une fois sur dix avec des supports sonorisés ou e-learning. Les tables rondes, pouvant allier multiplicité des sujets autour de l'allaitement et des intervenants, sont mises en place dans une école sur trois. Cette forme paraît tout à fait intéressante, de part aussi la dimension d'interaction possible qui en découle, mais peut être une tâche difficile à organiser pour les équipes enseignantes.

Le volume horaire d'enseignement à l'école aurait ainsi mérité de différencier le nombre d'heures consacrées aux cours magistraux théoriques et le nombre d'heures consacrées à des travaux dirigés et pratiques, en corrélant le tout avec la

forme d'acquisition des connaissances théoriques. La seule mention du nombre d'heures consacrée à l'allaitement sur l'ensemble des études nous renseigne finalement peu sur la qualité et la pédagogie de l'enseignement. En effet, une école consacrant seulement entre cinq et dix heures à cet enseignement, comme le fait une école sur dix, apporte peut-être trois heures de notions importantes de base, donne des références bibliographiques pour des recherches personnelles, et accorde sept heures à des travaux pratiques en petits groupes, avec des rappels et retours réguliers sur la deuxième phase des études.

Sur les quatre étudiants sur dix trouvant que la répartition de l'enseignement est mal faite sur les quatre années, il s'agit principalement du fait que l'enseignement est trop au début des études. Presque six étudiants sur dix reçoivent l'intégralité de l'enseignement en première phase, et la mauvaise répartition repose en fait sur l'absence de rappels ou de retour en deuxième phase, ou parfois dès la deuxième année des études. Pour d'autres au contraire, le ou les cours des complications et pathologies arrivent trop tard, en troisième année parfois, alors que ces difficultés de l'allaitement sont présentes dès le premier stage.

Intervenants

Les principaux intervenants de l'enseignement à l'école sont les sages-femmes enseignantes dans sept écoles sur dix, les pédiatres dans une école sur deux, et les sages-femmes référentes en allaitement dans presque une école sur deux.

Le caractère important, quelque soit l'intervenant, est sûrement que cette ou ces personnes soit un spécialiste dans le sujet, du fait de sa formation continue ou de sa spécificité de référent en allaitement, avec le Diplôme Inter Universitaire de Lactation Humaine et Allaitement Maternel (DIU LHAM) ou consultant IBCLC (International Board of Certified Consultant). En effet, l'objectif est que l'enseignement dont bénéficient les étudiants soit à jour des connaissances récentes, des conduites à tenir et des recommandations pour la pratique clinique. On peut en effet penser que si cette même formation de l'allaitement est donnée aux différents professionnels de la maternité et de la petite enfance par des personnes dispensant le même discours et les mêmes connaissances, nous arriverons à moyen et long

terme à avoir un discours cohérent sur l'allaitement, et un soutien plus fort auprès des femmes qui choisissent d'allaiter.

Cependant, les étudiants sont aussi sensibles au fait que ces intervenants soient le plus neutres et objectifs possibles, sans militantisme ou discours pro allaitement excessif. Cet aspect est mentionné plus d'une fois sur deux, suffisamment pour que le côté parti pris puisse parfois rebuter certains étudiants. Un même enseignement dans la forme peut être reçu de manière différente selon la façon dont l'étudiant le perçoit dans le fond, surtout pour des sujets comme l'allaitement, il est important que les intervenants, aussi spécialistes et formés soient-ils, soient intéressants, convaincus, mais pas dans un militantisme aveugle.

Finalement, nous pouvons dire que notre première hypothèse est confirmée, puisque dans l'ensemble, l'enseignement théorique en école de sages-femmes apporte bien les notions théoriques de bases et décrites dans le Programme officiel des études de sages-femmes de 2001, et souvent un certain nombre d'autres notions en lien avec l'allaitement.

Formation clinique et encadrement sur les lieux de stage

Notre deuxième hypothèse est que la formation clinique est suffisamment guidée et encadrée sur les lieux de stage.

Il existe dans la majorité des écoles de sages-femmes des objectifs formalisés portant sur l'allaitement dans les validations de stage. Cependant, ceux-ci portent principalement sur l'accompagnement et le soutien de l'allaitement. La partie « promotion » de l'allaitement réside, quand elle est formalisée, notamment dans l'information du déroulement de l'allaitement à donner en cours de préparation à la naissance mais peu dans la promotion en tant que telle. L'objectif d'aider chaque couple dans son choix personnel d'alimentation du nouveau-né à venir est très rarement présent. A travers ce fait, ainsi qu'à travers les avis des étudiants sur le rôle de promotion de l'allaitement de la sage-femme, est bien illustrée toute la problématique qui réside dans le terme de « promotion ».

Certains étudiants demandent tout de même d'avoir des objectifs plus précis et clairement énoncés sur l'allaitement pour être mieux guidés dans leur apprentissage.

En stage, l'étudiant est majoritairement encadré pour l'allaitement par la sage-femme du service et l'auxiliaire de puériculture, ces deux intervenants étant les deux interlocuteurs principaux et quotidiens d'une jeune mère au sujet de son enfant, et se retrouvant de manière constante dans toutes les maternités. En effet, la présence de sages-femmes référentes en allaitement, de la puéricultrice ou d'un pédiatre pouvant prendre le temps de guider des étudiants est beaucoup moins constante, et très variable d'une maternité à l'autre.

Dans l'ensemble plus d'un étudiant sur cinq trouve qu'il y a un manque d'encadrement sur les lieux de stage, pouvant être en partie à l'origine de difficultés rencontrées et parfois non réduites par l'étudiant. Cependant, la question ne précisait pas s'il s'agissait d'un manque d'encadrement par manque d'investissement des professionnels pour encadrer un étudiant, ou bien par manque de formation de l'encadrant lui-même. Ceci repose la question de l'intérêt de la formation initiale et continue, et de devoir de transmission et ce, en premier lieu pour la sage-femme, puisque c'est elle qui encadre majoritairement les étudiants sur l'allaitement.

Il est intéressant de noter, comme le précise l'une des équipes pédagogiques, que des stages avec une sage-femme d'HAD, de PMI ou libérale, sont particulièrement intéressants pour suivre l'accompagnement du l'allaitement à la sorti de la maternité, jusqu'au sevrage. L'initiation et le soutien dans le démarrage de l'allaitement dans ses premiers jours sont importants, voir même souvent déterminants. Connaître la physiologie d'un allaitement régulé, les complications plus tardives, les détails et les conseils du sevrage, sont tout aussi importants. En effet, les sages-femmes et les étudiantes soutiennent et donnent des conseils pour l'allaitement à la maternité, mais dans les faits renseignent souvent peu du sevrage. Cependant, en pleine phase de démarrage et de soutien, il est peut-être particulier de parler déjà de sevrage, d'où l'importance d'une information préalable et complète en consultation prénatale et surtout en cours de préparation.

L'observation de tétées en tant que telle nous renseigne du temps qui peut être pris à être réceptif à la mère, au comportement du nouveau-né, à l'interaction entre la mère et l'enfant, au cadre dans lequel s'inscrit une tétée, à son déroulement. Prendre le temps d'être passif dans l'action intervenante et le discours pour être actif dans l'observation et l'apprentissage pendant une tétée entière est parfois très

chronophage. Ce qui importe dans le fait que l'observation de tétées puisse éventuellement être un objectif formalisé de stage, est le temps laissé à l'étudiante pour cet apprentissage de l'accompagnement et du soutien de l'allaitement. Les difficultés rencontrées par les étudiants en stage sont dues notamment à un manque de temps à pouvoir consacrer aux femmes/enfants et aux tétées pour 40% des étudiants. De plus, comme l'ont mentionné un certain nombre d'étudiants, les sages-femmes elles-mêmes n'ont parfois pas de temps à consacrer à l'allaitement, particulièrement quand l'allaitement est défini comme l'affaire d'autres professionnels dans certains hôpitaux. Ces sages-femmes n'ont peut-être pas plus de temps à consacrer aux étudiants pour les guider dans l'apprentissage de l'accompagnement, d'où l'intérêt pour les étudiantes de pouvoir parfois justifier de temps consacré à l'allaitement par le biais des observations de tétées comme objectif de stage.

Quant à l'évaluation des connaissances cliniques et des compétences sur les lieux de stage, effectuée par plus de huit écoles sur dix, elle est majoritairement faite par la sage-femme enseignante lors de la clinique de la femme accouchée. Par ailleurs elle est évaluée par le biais des objectifs de stages ; s'ils existent de façon spécifique pour l'allaitement, et enfin par la sage-femme du service.

Il n'existe pas ou peu de clinique dédiée à l'allaitement. Dans une considération de prise en charge globale du couple mère/enfant dans tous ses aspects, on peut se demander l'intérêt supplémentaire qu'aurait une telle clinique par rapport à la clinique de la femme accouchée. Cependant, dans la perspective de temps à consacrer aux tétées et à l'accompagnement dont nous avons parlé ci-dessus, l'évaluation d'une observation de tétée, avec un retour de l'étudiante sur la tétée observée et une réflexion, voir un travail personnel de recherche peut être pertinent. Ceci est déjà fait dans le cadre de port-folio dans certaines écoles, mais une clinique introductrice à ce travail, basé par exemple sur les fiches techniques et des grilles d'observations décrites par l'OMS, pourrait permettre d'un part d'évaluer l'étudiant dans son accompagnement, et d'autre part, de pouvoir évaluer un travail personnel dont le correcteur connaîtrait le démarrage et l'intérêt.

Finalement, nous ne pouvons conclure notre deuxième hypothèse. La formation clinique sur les lieux de stage existe, elle y est souvent guidée et

encadrée, est très variable en quantité, qualité et cohérence d'un service à l'autre, d'un professionnel à l'autre, et n'est donc pas partout suffisante.

La formation à l'école : entre enseignement théorique et applications pratiques

Notre dernière hypothèse est que l'enseignement théorique de l'allaitement à l'école doit être complet et exhaustif, condition pour pouvoir apprendre à accompagner et favoriser l'allaitement dans les services

Sept étudiants sur dix trouvent que l'enseignement théorique reçu à l'école est suffisant. Or, une grande majorité d'étudiants rencontrent des difficultés en stage, face aux patientes et à leur allaitement. Pour eux, ces difficultés sont davantage dues à un manque de formation pratique, cité presque une fois sur deux, qu'à un manque de formation théorique, coté une fois sur dix.

Quand on revient donc à la formation dite « pratique » reçue à l'école, nous constatons que c'est le lieu de la plus grande disparité entre les différentes écoles quant à la formation de l'allaitement maternel en école de sage-femme.

Les écoles de sages-femmes mettent de plus en plus en place des travaux dirigés, souvent en demi-effectif de promotion, voir en quart de groupe. Trois écoles sur quatre disent avoir des travaux dirigés, alors qu'un étudiant de dernière année sur trois seulement dit en avoir eu dans sa formation. Cette différence de discours peut être due à la mise en place récente et progressive de tels travaux dirigés ou pratiques, comme l'ont précisé certaines écoles dans leur questionnaire.

Ces travaux dirigés sont principalement basés sur des études de cas cliniques, des apprentissages par problème (APP) ou apprentissage du raisonnement clinique (ARC), que ce soit avec des situations types préparées par les équipes enseignantes ou des situations rencontrées en stage par les étudiants. Ces outils pédagogiques de l'apprentissage demandent de la part des étudiants des connaissances préalables, forment et exercent le raisonnement, mais permettent aussi, de part la petite taille des groupes lors de ces travaux dirigés, un échange dynamique entre les étudiants ou avec l'intervenant. Ces travaux dirigés laissent aussi le champ ouvert à des échanges de bonnes pratiques, de petits conseils qui

fonctionnent, des réflexions et des débats et sont appréciés par la majorité des étudiants comme très constructifs.

Des travaux dirigés et surtout très pratiques peuvent aussi être intéressants, avec en exemple la démonstration de l'utilisation d'un tire-lait ou des bouts de seins, ou encore l'apprentissage des massages du sein, surtout quand les étudiants n'ont pas l'opportunité ou le temps de se renseigner et de s'initier à ces cotés pratiques sur leur lieux de stage.

Les étudiants qui ne bénéficient pas de ces travaux dirigés pensent que cela pourrait leur être utile, et presque 50% des étudiants pensent que l'origine des difficultés qu'ils rencontrent en stage sur l'allaitement vient d'un manque de formation pratique.

Enfin, dans le cadre des cours théoriques ou des travaux dirigés, presque toutes les écoles utilisent des supports pédagogiques, tels que des vidéos, des affiches ou schémas, des photos, ou encore parfois des mannequins. Ces outils particulièrement visuels et concrets peuvent aider à retenir et à se représenter l'allaitement dans la réalité dès les premiers enseignements à l'école, lors que l'étudiant n'a pas été encore en stage en maternité et peut avoir des difficultés à se représenter la réalité de l'allaitement.

Notre troisième hypothèse est donc infirmée, puisque le seul enseignement théorique, aussi complet et exhaustif soit-il, n'est pas la seule condition pour apprendre à bien accompagner et favoriser l'allaitement. Il n'est pas forcément nécessaire de recevoir à l'école de sage-femme un enseignement aussi poussé qu'au DU de Lactation Humaine et Allaitement Maternel par exemple (cf. annexe 13), mais bien les notions principales de base nécessaires, enrichi de travaux dirigés sur des situations difficiles, des partages de bonnes pratiques et des outils de communication.

La formation viendra aussi avec les rencontres et l'expérience professionnelle, après la sortie de l'école de sage-femme, et nécessite une formation continue, voir une spécialisation pour celles qui souhaitent.

Quelques propositions

Ces quelques propositions sont issues des demandes et suggestions des étudiants sages-femmes et équipes pédagogiques.

En école de sage-femme

- Moins séparer les enseignements de la physiologie de la lactation des complications « naturelles » de celle-ci, puisque parler des deux aspects dans le même temps peut permettre de mieux comprendre l'intérêt d'un bon accompagnement et soutien des mères avant la survenue des complications.
- Effectuer quelques cas cliniques de rappels ou des travaux dirigés avec des situations rencontrées en stage en deuxième phase.
- Elaboration d'un port folio de cas cliniques types, variés et reflets de la réalité rencontrée, illustrés de photos ou de films, servant pour les travaux dirigés ou pratiques.

En stage

- Inclure dans les relevés d'actes en salle d'accouchement, quand ceux-ci existent, l'aide et l'accompagnement à la première mise au sein en salle d'accouchement.
- Mettre en place dans chaque année d'étude une ou deux journées avec une référente en allaitement à la maternité, en consultation prénatale, consultation du quatrième mois si celui-ci existe, cours de préparation à la naissance, cours d'information spécifique à l'allaitement, en consultation d'allaitement si celles-ci sont mis en place, en suites de couches, en PMI.

Conclusion

L'allaitement demande un soutien de la part des différents professionnels de santé, et un certain investissement de la plupart d'entre eux pour accompagner la jeune mère dans les difficultés et aléas souvent rencontrés. Parmi ces intervenants, les sages-femmes, assurant une continuité entre grossesse et premiers pas dans la parentalité, ont un rôle à part entière. Devant le constat fréquent de manques de cohérence, de femmes découragées et perdues, d'arrêts précoces et à contre cœur de l'allaitement dès le séjour à la maternité, la question qui se pose est celle de l'adéquation de la formation de la sage-femme, et particulièrement de la formation initiale.

La recherche bibliographique sur l'allaitement, les recommandations et la formation a montré un grand nombre d'ouvrages et d'articles. Si quelques uns relatent les connaissances physiologiques et médicales de l'allaitement, approfondies ces dernières années grâce aux sciences modernes, la grande majorité d'entre eux fait état depuis maintenant quelques dizaines d'années des débats et discours passionnés autour des facteurs psychosociaux et culturels, et des courants de société. Dans l'allaitement réside comme l'héritage de l'image de la femme, depuis l'obstacle au travail professionnel et à une vie sociale possible, jusqu'à l'accomplissement complet dans cette facette de la maternité. La femme et la mère peuvent-elles et doivent-elles être mises en opposition ? A l'heure où certains projets d'allaitement sont freinés à cause d'une reprise parfois considérée comme précoce du travail, il semble difficile de croire que non. L'une empêche-t-il pourtant l'autre de se réaliser pleinement, et inversement ? Ces débats entre culture et nature placent parfois les femmes devant des choix difficiles voire douloureux, souvent culpabilisants.

Connaissant ces différents aspects s'entremêlant et parfois s'opposant chez une femme qui décide du mode d'alimentation de son nouveau-né, la sage-femme doit apprendre à écouter activement chaque mère, accompagner et soutenir efficacement, mais avec une neutralité bienveillante.

L'étude sous forme d'enquête par questionnaires n'est pas aussi simple que prévue. Chaque mot, chaque question doivent être réfléchis, à la fois dans leur forme

et dans leur intérêt pour les objectifs visés. La rigueur est nécessaire, depuis la construction du questionnaire jusqu'aux modalités d'envoi, et de dépouillage.

L'étude réalisée cherche à rendre compte de l'enseignement de l'allaitement dans d'autres écoles, ainsi que de l'avis des étudiantes sur la formation reçue. Finalement, la base théorique décrite dans le programme officiel des études de sages-femmes est présente partout, avec parfois les aspects psychologiques, sociologiques et culturels davantage développés. Le manque peut se faire ressentir dans l'encadrement en stages, très variable en fonction des lieux et de chacun des professionnels rencontrés. Ce qui est important dans l'accompagnement de l'allaitement, c'est apprendre à adapter ses connaissances à chaque situation rencontrée. Cela nécessite des outils en communication et en psychologie à acquérir en formation initiale. Mais quand nous lisons entre les lignes les réponses des étudiants, nous nous rendons compte que chacun peut décider d'utiliser ou pas ces outils, quelque soit le volume horaire d'enseignement théorique. Les moyens pédagogiques d'apprentissage peuvent inciter ou montrer l'intérêt concret de ces outils, d'où une mise en place se généralisant dans les écoles.

De façon inattendue, le questionnaire des étudiants vient mettre en exergue leurs réactions nombreuses et parfois vives face à la notion de « promotion » de l'allaitement. Terme mal compris ou effectivement sujet à débat, la promotion de l'allaitement mérite peut-être d'être clairement définie dans l'allaitement. Le si souvent invoqué « *respecter le choix de la femme* » demande du respect, base déontologique de la sage-femme, mais demande surtout que la femme fasse un choix de façon libre. Choisir librement, c'est être informée et en connaissance de tous les éléments, négatifs ou positifs. Cette information et cette éducation vient notamment des professionnels de santé dont la sage-femme, et ne devrait pas être absente sous prétexte du respect de la liberté, bien au contraire.

Le caractère d'acteur en santé publique de la sage-femme demande de savoir informer et éduquer les femmes, et notamment à promouvoir l'allaitement. Durant cette période sensible qu'est la maternité, les femmes sont à la fois demandeuses de conseils avisés et à la fois particulièrement sensibles et réceptives aux discours reçus. Les sages-femmes doivent être préparées à répondre à ce niveau d'exigence.

Références

- (1) *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* [synthèse du Programme national nutrition santé – PNNS]. Paris : direction générale de la Santé (DGS), 2005 : 76p.
- (2) TURCK D., les bénéfices santé de l'allaitement, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 21-23.
- (3) BEAUDRY M., CHIASSEON S., LAUZIERE J., *Biologie de l'allaitement*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2006, 581p.
- (4) Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). *Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons*. Juillet 2005. 116 p. En ligne : http://www.cclinparisnord.org/Guides/AFSSA_bib.pdf
- (5) World Health Organization. *The Optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review*. Geneva: WHO, 2002
- (6) DIDIERJEAN-JOUEAU C., Allaitement et santé publique, *Spirale* 2007/1, n° 41, p. 125-132
- (7) BLIN D., SOULE M., THOUÉILLE E. *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*, Toulouse : Erès, coll. A l'Aube de la vie, 2003, 318 p.
- (8) HERBINET E., et al, D'amour et de lait..., Collection les Cahiers du Nouveau-né, Paris : Stock, 2001, 133 p.
- (9) THOUÉILLE E., L'allaitement : autres sociétés, autres regards, in *L'Allaitement maternel ; une dynamique à bien comprendre*, Erès, 20003, p177-188. <http://www.cairn.info/l-allaitement-maternel-une-dynamique--9782749207773-page-177.htm>
- (10) JODELET D., OHANA J., Représentation sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture. In : *Santé et société : la santé et la maladie comme phénomènes sociaux*. Lausanne, Paris : Delachaux et Nestlé ; 2000, 139p.
- (11) GOJARD S., Approche sociologique de l'allaitement maternel en France, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 17-18
- (12) ROLLET C., *Histoire de l'allaitement en France: pratiques et représentations*. 2005, révisé en 2006. En ligne : <http://www.co-naitre.net/articles/histoireallaitementCRmai2006.pdf>
- (13) BADINTER E., *Le Conflit la femme et la mère*, Paris : Flammarion, 2010, 220 p.

- (14) Van ESTERIK P., Breastfeeding and feminism. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1994, 47 (Suppl.): S41-54
- (15) PARAT H., *L'Erotique maternelle, Psychanalyse de l'allaitement*, Collection Psychismes, Paris : Dunod, 1999, 206p.
- (16) NOIRHOMME-RENARD F., NOIRHOMME Q., Les Facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2009, numéro 22, p 112-120
- (17) BLONDEL B., SUPERMANT K., MAZAUBRUN C., BREART G. Enquête *nationale périnatale 2003* – Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris : INSERM, 2003.
- (18) BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C., BREART G., *Enquête nationale périnatale*. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1995
- (19) BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C., BREART G., *Enquête nationale périnatale*. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 1998
- (20) EU *Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding en Europe: a blueprint for action*. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des Risques, Luxembourg, 2004. En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
- (21) PILLOT M., La situation de l'allaitement en France, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 19-20
- (22) LANDE B., ANDERSEN L.F., BAERU A., TRYGG K.U., LUND-LARSEN K., VEIEREOD M.B. et al. Infant Feeding Practices and Associated Factors in the First Six Months of Life: The Norwegians Infant Nutrition Survey, *Acta Paediatr*, 92, 2003, 152-161, [reference du 01 février 2011], <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x/pdf>
- (23) Organisation Mondiale de la santé. *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, OMS, 1981.
En ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
- (24) Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du *Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant*. Journal Officiel 8 Aout 1998
- (25) World Health Organization. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding : the special role of maternity service*. Geneva: WHO, 1989

(26) World Health Organization. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Geneva : WHO, 1999

(27) Organisation Mondiale de la Santé et UNICEF. *Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement, et le soutien à l'allaitement maternel*, Florence, Italie, 1990.

En ligne : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html

(28) Assemblée Mondiale de la Santé. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, rapport du Secrétariat, Genève, 55^e Assemblée Mondiale de la Santé, A55/15

(29) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Recommandations pour la Pratique Clinique : Allaitement Maternel Mise en Œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Paris : ANAES, Mai 2002, 18p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

(30) *Favoriser l'allaitement maternel : Processus-Evaluation*. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, 2006, 55p.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf

(31) *Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010*, Ministère de la santé et des solidarités, septembre 2006.

En ligne : http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/Rapport_PNNS2-Complet.pdf

(32) *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations*. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, 2006, 56p. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

(33) BAYOT I., *Le droit d'être informée ? Oui, mais pas n'importe comment !* Article non publié. Disponible sur : <http://www.co-naitre.net/articles/droitetreinformeIB.pdf>

(34) GIRARD L., Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°377, p. 20-26

(35) DEMATTEIS N., *Cohérence dans l'accompagnement de l'allaitement maternel*, juillet 2007.

En ligne sur <http://www.co-naitre.net/articles/coherencediscoursND.pdf>

(36) COURSAGET C., FANCELLO G., GIRARD L., La formation des professionnels à l'accompagnement de l'allaitement maternel, *Soins en Pédiatrie et Puériculture*, 2008, n°241, p. 31-33

(37) COUSSEMENT C., Il est nécessaire de former les équipes soignantes, *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2000, n° 280, 4p.

- (38) LANDAIS M., Allaiter à la maternité : difficultés des mères et/ou des soignants. *Vocation Sage-femme*, 2009, n° 70, p. 8-14
- (39) LANDAIS M., La formation, Levier de changement. *Spirale*, 2003, n°27, Ed Erès, 5p.
- (40) THIRION M., Des recettes au regard : accompagner, soigner, et non enseigner, *Cahiers de maternologie*, 7, n°13, Juillet-Déc. 1999, p. 99-106
- (41) CHANTRAINE A. Allaiter ou pas : accompagner le choix des mères, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 23-25.
- (42) COURDENT M., L'accompagnement de l'allaitement en PMI, *Spirale* 2003/3, n° 27, p. 71-77
- (43) TURCK D., *Plan d'action : Allaitement maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel*. Direction Générale de la Santé, 2010, 40p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
- (44) Article L4151-1, modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009-art 86 (V)
Code de la santé publique, partie législative, 4^e partie (profession de santé), livre 1^{er} : professions médicales, titre V : profession de sage-femme, chapitre 1^{er} : *conditions d'exercice*.
En Ligne sur Legifrance [référence du 5 mai 2010], <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (45) Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 portant *Code de déontologie des sages-femmes*, Articles R4127-301 à R4127-367. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (46) Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes, Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*, janvier 2010. En Ligne.
http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
- (47) MAZURIER E., CHRISTOL M., *Allaitement Maternel Précis de pratique clinique*. Gémenos : Sauramps médical, 2010, 185p.
- (48) Ministère délégué à la santé - Ministère de l'Education Nationale. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. Bulletin Officiel n°2002-2, *Journal Officiel* du 19 décembre 2001
En ligne : http://www.elpea.fr/cnew5/index.php?page=/cnew5/static/programme_etude_sage_femme.htm&session=7i9sjh8n54434hagrku71f7nf2&langue=fr&surl=/cnew5/static/liste_ecoles_sf.php
- (49) BOULINGUEZ-JOUAN V., Allaiter : pourquoi ? comment ? Paris : Cavalier Bleu Eds, 2011, 160p.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

BADINTER E., *Le Conflit la femme et la mère*, Paris : Flammarion, 2010, 220 p.

BEAUDRY M., CHIASSE S., LAUZIERE J., *Biologie de l'allaitement*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 2006, 581p.

BLIN D., SOULE M., THOUILLIE E. *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*, Toulouse : Erès, coll. A l'Aube de la vie, 2003, 318 p.

BOULINGUEZ-JOUAN V., *Allaiter : pourquoi ? comment ?* Paris : Cavalier Bleu Eds, 2011, 160p.

HERBINET E., et al, *D'amour et de lait...*, Collection les Cahiers du Nouveau-né, Paris : Stock, 2001, 133 p.

JODELET D., OHANA J., *Représentation sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture*. In : *Santé et société : la santé et la maladie comme phénomènes sociaux*. Lausanne, Paris : Delachaux et Nestlé ; 2000, 139p.

MAZURIER E., CHRISTOL M., *Allaitement Maternel Précis de pratique clinique*. Gémenos : Sauramps médical, 2010, 185p.

PARAT H., *L'Erotique maternelle, Psychanalyse de l'allaitement*, Collection Psychismes, Paris : Dunod, 1999, 206p.

Ouvrage imprimé d'un travail collectif

MESNIL N., BLANCHARD E., *Enseigner l'accompagnement à l'allaitement : un objectif de santé publique*, 1999

Ouvrages électroniques

Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes, Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*, janvier 2010. En Ligne.

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf

Brochures et dossiers de presse

Le guide de l'allaitement maternel. Saint-Denis : INPES, 2010, 68p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf

Rapports imprimés

Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). *Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons*. Juillet 2005. 116 p. En ligne : http://www.cclinparisnord.org/Guides/AFSSA_bib.pdf

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Recommandations pour la Pratique Clinique : Allaitement Maternel Mise en Œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Paris : ANAES, Mai 2002, 18p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [synthèse du Programme national nutrition-santé – PNNS]. Paris : direction générale de la Santé (DGS), 2005 : 76 p.

Assemblée Mondiale de la Santé. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, rapport du Secrétariat, Genève, 55^e Assemblée Mondiale de la Santé, A55/15

BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C., BREART G., *Enquête nationale périnatale*. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1995

BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C., BREART G., *Enquête nationale périnatale*. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 1998

BLONDEL B., SUPERMANT K., MAZAUBRUN C., BREART G. *Enquête nationale périnatale 2003 – Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Paris : INSERM, 2003.

Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010, Ministère de la santé et des solidarités, septembre 2006.

En ligne : http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/Rapport_PNNS2-Complet.pdf

EU *Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des Risques, Luxembourg, 2004. En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

Favoriser l'allaitement maternel : Processus-Evaluation. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, 2006, 55p.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf

Organisation Mondiale de la santé. *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, OMS, 1981.

En ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

Organisation Mondiale de la Santé et UNICEF. *Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement, et le soutien à l'allaitement maternel*, Florence, Italie, 1990.

En ligne : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, 2006, 56p. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

TURCK D., *Plan d'action : Allaitement maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel*. Direction Générale de la Santé, 2010, 40p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

World Health Organization. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding : the special role of maternity service*. Geneva: WHO, 1989

World Health Organization. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Geneva : WHO, 1999

(4) World Health Organization. *The Optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review*. Geneva: WHO, 2002

Travaux universitaires

ALAMARGOT C., HALEGUA M., *La Formation des étudiants sages-femmes sur l'allaitement maternel en France*. Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris VI, soutenu le 5 mai 2003, 113 p.

Articles de périodiques imprimés

CHANTRAINE A. Allaiter ou pas : accompagner le choix des mères, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 23-25.

COURDENT M., L'accompagnement de l'allaitement en PMI, *Spirale* 2003/3, n° 27, p. 71-77

COURSAGET C., FANCELLO G., GIRARD L., La formation des professionnels à l'accompagnement de l'allaitement maternel, *Soins en Pédiatrie et Puériculture*, 2008, n°241, p. 31-33

COUSSEMENT C., Il est nécessaire de former les équipes soignantes, *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2000, n° 280, 4p.

DIDIERJEAN-JOUEAU C., Allaitement et santé publique, *Spirale* 2007/1, n° 41, p. 125-132

GIRARD L., Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°377, p. 20-26

GOJARD S., Approche sociologique de l'allaitement maternel en France, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 17-18

LANDAIS M., Allaiter à la maternité : difficultés des mères et/ou des soignants. *Vocation Sage-femme*, 2009, n° 70, p. 8-14

LANDAIS M., La formation, Levier de changement. *Spirale*, 2003, n°27, Ed Erès, 5p.

NOIRHOMME-RENARD F., NOIRHOMME Q., Les Facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2009, numéro 22, p 112-120

PILLOT M., La situation de l'allaitement en France, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 19-20

THIRION M., Des recettes au regard : accompagner, soigner, et non enseigner, *Cahiers de maternologie*, 7, n°13, Juillet-Déc. 1999, p. 99-106

TURCK D., les bénéfices santé de l'allaitement, *La santé de l'Homme*, 2010, n°408, p. 21-23.

Van ESTERIK P., Breastfeeding and feminism. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1994, 47 (Suppl.): S41-54

Articles en ligne ou articles de périodiques électroniques

BAYOT I., *Le droit d'être informée ? Oui, mais pas n'importe comment !* Article non publié. Disponible sur : <http://www.co-naitre.net/articles/droitetreinformelB.pdf>

DEMATTEIS N., *Cohérence dans l'accompagnement de l'allaitement maternel*, juillet 2007.
En ligne sur <http://www.co-naitre.net/articles/coherencediscoursND.pdf>

LANDE B., ANDERSEN L.F., BAERU A., TRYGG K.U., LUND-LARSEN K., VEIEROD M.B. et al. Infant Feeding Practices and Associated Factors in the First Six Months of Life: The Norwegians Infant Nutrition Survey, *Acta Paediatr*, 92, 2003, 152-161, [reference du 01 février 2011], <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x/pdf>

ROLLET C., *Histoire de l'allaitement en France: pratiques et représentations*. 2005, révisé en 2006.
En ligne : <http://www.co-naitre.net/articles/histoireallaitementCRmai2006.pdf>

THOUIELLE E., L'allaitement : autres sociétés, autres regards, in *L'Allaitement maternel ; une dynamique à bien comprendre*, Erès, 20003, p177-188. <http://www.cairn.info/l-allaitement-maternel-une-dynamique--9782749207773-page-177.htm>

Textes législatifs et officiels

Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du *Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant*. Journal Officiel 8 Aout 1998

Article L4151-1, modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009-art 86 (V)

Code de la santé publique, partie législative, 4^e partie (profession de santé), livre 1^{er} : professions médicales, titre V : profession de sage-femme, chapitre 1er : *conditions d'exercice*.

En Ligne sur Legifrance [référence du 5 mai 2010], <http://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 portant *Code de déontologie des sages-femmes*, Articles R4127-301 à R4127-367. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère délégué à la santé - Ministère de l'Education Nationale. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. Bulletin Officiel n°2002-2, *Journal Officiel* du 19 décembre 2001

En ligne :

http://www.elpea.fr/cnew5/index.php?page=/cnew5/static/programme_etude_sage_femme.htm&session=7j9sjh8n54434hagrku71f7nf2&langue=fr&surl=/cnew5/static/liste_ecoles_sf.php

Sites web consultés

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). [Référence du 10mai 2010]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

Coordination Française pour l'Allaitement Maternel. [référence du 08 janvier 2011], <http://coordination-allaitement.org/>

Co-naitre. [référence du 15 janvier 2011], <http://www.co-naitre.net/>

Conseil National de l'ordre des sages-femmes. [référence du 10 avril 2010]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

Haute Autorité de Santé. [référence du 24 mai 2010], http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Info Pour l'Allaitement (IPA). [référence du 1 février 2011], <http://www.info-allaitement.org/>

Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé, [référence du 23 juin 2010], <http://www.inpes.sante.fr/>

Lactitude. [référence du 16 janvier 2011], <http://www.lactitude.com/>

La Leche League, [référence du 15 novembre 2010], <http://www.lllfrance.org/>

LegiFrance ; service public de la diffusion du Droit, [référence du 5 mai 2010], <http://www.legifrance.gouv.fr>

Les Dossiers de l'Obstétrique, [référence du 10 avril 2010], <http://www.elpea.fr>

OMS [référence du 15 mai 2010], <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>

Périnatalité. [Référence du 15 juin 2010], <http://www.perinat-france.org/>

Santé et Allaitement Maternel. [référence du 3 janvier 2011]. <http://www.santeallaitementmaternel.com/>

Société Européenne de soutien à l'allaitement maternel. [référence du 14 janvier 2011], <http://www.allaite.org/>

Solidarilait, Association de soutien à l'allaitement maternel, [référence du 03 novembre 2010], <http://www.solidarilait.org/>

World Alliance for Breastfeeding (WABA), [référence du 16 juin 2010], <http://www.waba.org.my/>

Annexes

Annexe 1 : Comparaison des taux d'initiation d'allaitement entre les régions de France

Taux d'allaitement au sein, total ou partiel

Région	Taux
Métropole	62,60%
Région parisienne	74,20%
Paris	79,10%
Bassin parisien	
Ouest: Centre, Basse et Haute Normandie	54,60%
Est: Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie	52,60%
Nord Pas de Calais	51,40%
Bretagne, Pays de Loire, Poitou-Charentes	55,30%
Alsace, Franche-Comté, Lorraine	63,10%
Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées	58,30%
Auvergne, Rhône-alpes	69%
Languedoc-Roussillon, PACA, Corse	64,20%
Antilles, Guyane, Réunion	83,60%

Annexe 2 : Code International de commercialisation des substituts du lait maternel

Les principales règles du Code sont les suivantes :

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du public
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits)
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de santé
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les aliments solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement et comporte une information sur le coût de l'alimentation artificielle
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de santé une information scientifique et se limitant aux faits
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée et que les emballages ne comportent pas de termes comme « humanisé » ou « maternisé », ni aucune représentation de nourrisson ni d'autres représentations ou textes de nature à idéaliser l'utilisation du produit
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés

Annexe 3 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement, de l'OMS

Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989)

Tout établissement qui dispense des services de maternité et des soins aux nouveau-nés devrait observer les dix conditions suivantes pour favoriser le succès de l'allaitement maternel :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

Annexe 4 : Déclaration d’Innocenti : objectifs opérationnels

Quatre cibles opérationnelles reprises de la Déclaration d’Innocenti de 1990

1. Désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l’allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d’organisations non gouvernementales et d’associations professionnelles dans le domaine de la santé.

2. Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « dix conditions pour le succès de l’allaitement maternel » énoncées dans la Déclaration conjointe de l’OMS et de l’UNICEF sur l’allaitement maternel et les services liés à la maternité.

3. Mettre en œuvre les principes et l’objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l’Assemblée mondiale de la Santé.

4. Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d’allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

Cinq cibles opérationnelles supplémentaires ajoutées par la Stratégie Mondiale (2002)

5. Elaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l’enfant, la santé génésique et la réduction de la pauvreté.

6. Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l’allaitement exclusif au sein pendant six mois et sa poursuite jusqu’à l’âge de deux ans ou au-delà, tout en garantissant aux femmes l’accès aux moyens nécessaires – dans la famille, dans la communauté et au travail – pour y parvenir.

7. Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre appropriée et à terme, parallèlement à la poursuite de l’allaitement maternel.

8. Donner des conseils sur l’alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des situations de difficulté exceptionnelle et sur le soutien dont ont besoin en pareil cas les mères, les familles et les autres personnes qui s’occupent des enfants.

9. Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d’une politique vaste sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures de l’Assemblée mondiale de la Santé.

Annexe 5 : Conditions d'accès au label IHAB (révision de 2009)

Pour recevoir le label IHAB, une maternité doit satisfaire aux conditions suivantes :

- 1) Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- 2) Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
- 3) Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique
- 4) Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
- 5) Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
- 6) Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale
- 7) Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
- 8) Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
- 9) Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- 10) Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique
- 11) Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement
- 12) Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- 13) Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque
- 14) Respecter les règles éthiques suivantes sur les financements :
 - Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel n'interdit pas les dons de matériels et d'équipements pour les services
 - Le Code n'interdit pas, pour les professionnels de santé, les financements d'études, de recherches, de formation et activités analogues, mais exige la transparence au niveau de l'institution dont dépendent ces professionnels
 - Il est donc demandé aux professionnels de santé, dans le cas où ils recevraient des dons de matériels ou accepteraient des financements décrits ci-dessus, de diversifier leurs sources de financements, de fonctionner dans la transparence associative et de veiller à ce que cela ne les entraîne pas à faire de la publicité pour les produits visés par le Code.

Annexe 6: L'allaitement dans le Programme Officiel des études de sage-femme de 2001

Enseignement théorique de l'allaitement

L'enseignement de l'allaitement ne constitue pas un module à part entière dans le programme, mais nous retrouvons différents points dans les modules d'anatomie clinique spécifique et anatomie et physiologie obstétricale, de puériculture, néonatalogie et pédiatrie.

Enseignement de la première phase :

- Le sein : anatomie.
- La glande mammaire
- Physiologie de la lactation. Allaitement.
- Allaitement maternel : composition et caractéristique du lait maternel, conduite de l'allaitement, sevrage, contre-indication, lactarium
- Médicaments contre-indiqués chez l'enfant pendant l'allaitement

Enseignement de deuxième phase :

- Complications de l'allaitement

Enseignements pouvant aborder l'allaitement au cours des études :

- Relation mère-enfant en salle de naissance.
- Compétences sensorielles du nouveau-né, rythme de vie
- Nutrition du prématuré

Dans le module de sciences humaines et sociales, des sujets peuvent éventuellement aborder l'allaitement, tels que la psychosociologie et biologie des comportements, la sociologie de la famille, l'anthropologie, la psychologie de la cellule familiale et de la naissance, capacité sensorielles du fœtus et du nourrisson.

Dans le module de législation, il n'est pas clairement demandé d'aborder la législation de la femme allaitante, de la commercialisation des substituts de lait.

Dans le module pharmacologie en 2^e phase sont abordées

- Inhibiteurs de la sécrétion lactée

- Médicaments et allaitement.

Dans le module préparation à la naissance, il n'est pas abordé le sujet de l'allaitement.

En première phase, il est par contre développé l'apprentissage de la communication, verbale ou non verbale, les processus interactionnels. Espace de parole et d'échange, temps d'information et prévention.

En deuxième phase, on parle de l'élaboration d'un projet personnalisé d'encouragement et de soutien à devenir parents, de l'écoute : pièges et enjeux, de la demande et l'appel, du soutien et de la relation d'aide.

Ce sont autant de sujets qui sont nécessaires à notre savoir être sage-femme, et en particulier dans l'accompagnement de l'allaitement.

Enseignement clinique de l'allaitement

Les stages sur le terrain sont l'un des principaux outils de l'enseignement clinique et pratique, quand l'étudiante est face aux patientes et à leurs besoins concrets.

En première phase, les stages où l'étudiante peut accompagner l'allaitement sont :

- 12 semaines permettant d'acquérir la maîtrise de la prise en charge globale mère/enfant dans les services de suites de couches normales, UME, néonatalogie ou lactarium.
- 3 semaines en PMI

En deuxième phase, les stages où les étudiantes peuvent poursuivre, compléter, affiner et améliorer leur accompagnement de l'allaitement :

- 5 semaines permettant la maîtrise de la prise en charge des accouchées et nouveau-nés dans les services de suites de couches, surveillance à domicile.
- 3 semaines permettant l'ouverture de la formation vers les différentes formes d'exercice de la profession : SF libérale, PMI, HAD, ...

Annexe 7 : Enquête destinée aux équipes pédagogiques

L'enquête réalisée porte sur la formation initiale en Ecole de sages-femmes de l'allaitement.

Questionnaire rempli :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En équipe enseignante pédagogique | <input type="checkbox"/> Par une sage-femme enseignante |
| <input type="checkbox"/> Par la sage-femme directrice | |

I. Enseignement théorique

a. Parmi ces notions de l'allaitement définies par le Programme des études de 2001, lesquelles sont traitées ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anatomie du sein et de la glande mammaire | |
| <input type="checkbox"/> Composition et caractéristiques du lait de femme | |
| <input type="checkbox"/> Compétences du nouveau-né | |
| <input type="checkbox"/> Physiologie de la lactation | |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement et conduite de l'allaitement | |
| <input type="checkbox"/> Contre-indications | |
| <input type="checkbox"/> Sevrage | |
| <input type="checkbox"/> Complication de l'allaitement maternel | |
| <input type="checkbox"/> Autres sujets : | |
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Anthropologie |
| <input type="checkbox"/> Sociologie | <input type="checkbox"/> Jumeaux ou prématurité |
| <input type="checkbox"/> Autres (merci de préciser) | <input type="checkbox"/> Médicaments |

b. Volume horaire consacré (théorique et pratique)

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Entre 5 et 10h | <input type="radio"/> 10h et plus | <input type="radio"/> 30h et plus |
| | <input type="radio"/> 20h et plus | |

c. Intervenants

Quel(s) professionnel(s) de santé sont chargés de l'enseignement théorique ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Pédiatre |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme enseignante | <input type="checkbox"/> Associations d'utilisateurs |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme spécifiquement formée en allaitement | <input type="checkbox"/> Association professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Puéricultrice | <input type="checkbox"/> Fabricant/distributeur |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

d. Supports et forme

i. L'enseignement théorique de l'allaitement maternel est dispensé sous forme de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cours magistraux | <input type="checkbox"/> Tables rondes |
|---|--|

☐ Recherche personnelle des étudiantes

☐ Colloques organisés

ii. Proposez-vous des ☐ Non
travaux dirigés ?

☐ Oui :

- ☐ Sous forme d'ateliers à thème
- ☐ Etudes de cas cliniques
- ☐ Jeux de rôles

- ☐ Situations rencontrées par les étudiants
- ☐ Exposés.
- ☐ Autre :

iii. Avez-vous des supports pédagogiques pour l'enseignement :

Si oui, lesquels ?

- ☐ Vidéo
- ☐ Photos ou diapositives
- ☐ Affiches ou schémas
- ☐ Polycopiés
- ☐ Articles/revues spécialisées
- ☐ Mannequins
- ☐ Matériels en lien avec l'allaitement maternel (tire-lait,...)

Ce matériel est-il mis à disposition des étudiants sages-femmes pour leurs travaux et recherches personnelles ?

☐ Oui ☐ Non

II. Enseignement clinique

a. Avez-vous des objectifs formalisés concernant l'allaitement dans les fiches de validation de stage ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquels ?

- ☐ Information en PNP et consultations prénatales
- ☐ Promotion de l'allaitement maternel en PNP et consultation prénatale.
- ☐ Aider les couples dans la prise de décision du choix personnel concernant le mode d'alimentation de leur enfant à venir
- ☐ Implication de l'étudiante dans la mise en place de l'allaitement en post-partum immédiat et en service de suite de couches
- ☐ Observation de tétées
- ☐ Vérification de la mise en place de l'allaitement
- ☐ Prodiguier des conseils adaptés à chaque situation
- ☐ Implication dans la prévention des complications de l'allaitement
- ☐ Implication dans la résolution des complications de l'allaitement
- ☐ Implication dans l'accompagnement des allaitements particuliers : jumeaux, prématuré, ...
- ☐ Autres :

b. Lors de stages en suites de couches, qui encadre généralement l'étudiant pour l'apprentissage de l'accompagnement de l'allaitement maternel ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme du service | <input type="checkbox"/> Le pédiatre |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme spécialiste en allaitement | <input type="checkbox"/> Sage-femme libérale ou HAD |
| <input type="checkbox"/> La puéricultrice | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> L'auxiliaire de puériculture | |

III. Evaluations

a. Des connaissances théoriques

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Devoir sur table | <input type="checkbox"/> Port folio |
| <input type="checkbox"/> Questions de cours | <input type="checkbox"/> Exposés |
| <input type="checkbox"/> Cas cliniques | <input type="checkbox"/> Autre : |

b. Des connaissances cliniques et accompagnement

- ☐ Non
- ☐ Oui
 - ☐ D'une observation de tétée
 - ☐ Dans le cadre de la clinique de la femme accouchée
 - ☐ Dans le cadre d'une clinique dédiée à l'allaitement
 - ☐ Par une sage-femme enseignante
 - ☐ Par la sage-femme de suite de couches
 - ☐ Par le biais des objectifs de stage et validation du stage.

IV. Votre point de vue

a. Pensez-vous que l'enseignement de l'allaitement en école de sage-femme devrait être amélioré?

- ☐ Non
- ☐ Oui

i. Pourquoi ?

ii. Quelles sont vos idées ou vos suggestions ?

b. Merci de noter vos remarques ou vos réflexions suscitées par ce questionnaire.

Nous vous remercions du temps que vous avez accordé pour répondre à ce questionnaire

Annexe 8 : Questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes de 2^e année de 2^e phase

L'enquête réalisée porte uniquement sur la formation initiale en école de sage-femme de l'allaitement.

I. Identification

Région de l'École :

Sexe

☐ Féminin

☐ Masculin

II. Enseignement théorique

1. Que pensez-vous des cours dont vous avez bénéficiés sur l'allaitement maternel ?
☐ Suffisant ☐ Trop dense ☐ Insuffisant
2. Que pensez-vous de la répartition des cours dans les différentes années ?
☐ Bien répartis sur les années
☐ Mal répartis sur les années
 - Expliquez :
3. Avez-vous eu des cours de psychologie et de sociologie en relation avec l'allaitement ?
☐ Oui
 - Ils vous servent dans votre pratique
 - Ils ne vous apportent rien☐ Non
 - Vous auriez souhaité aborder ces thèmes
 - Ils ne vous auraient servi à rien
4. Avez-vous eu des séminaires ou ateliers de communication ?
☐ Oui
 - Vous avez pu vous en servir dans l'accompagnement de l'allaitement
 - Vous ne vous en servez pas dans le domaine de l'allaitement.☐ Non
 - Pensez-vous que cela vous aurait aidé dans l'accompagnement de l'allaitement ?
 - oui
 - non

III. Enseignement clinique

1. Avez-vous des travaux de groupe sur l'allaitement ?
☐ Non
 - Auriez-vous apprécié aborder davantage la pratique de façon concrète ?
 - Oui
 - Non

☐ Oui

Si oui, quels sont ceux qui ont le plus apportés à votre pratique personnelle et professionnelle ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Mise en situation : jeux de rôle
- ☐ Exposés
- ☐ Etudes de cas clinique et approche par problème
- ☐ Echange de bonne pratique et d'expériences rencontrées en stage
- ☐ Autres :

2. Les personnes qui vous ont dispensé les cours et animé les travaux de groupe sont-elles :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sur le terrain | <input type="checkbox"/> Militantes |
| <input type="checkbox"/> Formées | <input type="checkbox"/> Intéressantes |
| <input type="checkbox"/> Objectives | <input type="checkbox"/> Autre : |

IV. Lieux de stage

1. Vous étiez encadrés par : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La sage-femme du service | <input type="checkbox"/> Une auxiliaire de puériculture |
| <input type="checkbox"/> La puéricultrice | <input type="checkbox"/> Une aide soignante |
| <input type="checkbox"/> Une sage-femme référente en allaitement | <input type="checkbox"/> Une autre étudiante sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Le pédiatre | <input type="checkbox"/> Sage-femme libérale/HAD |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

2. Avez-vous une ou des évaluations spécifiques à l'allaitement durant vos stages ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
 - Pensez vous que cela vous serait utile ?
 - oui
 - non

3. Avez-vous des observations de tétées à réaliser durant vos stages ?

- ☐ Non
- ☐ Oui
 - Si oui, combien ?

4. Avez-vous déjà rencontré des difficultés concernant l'allaitement ?

- Non
- Oui

Si oui, lesquelles :

Pensez-vous que ces difficultés sont liées à :

- Un manque de formation théorique
- Un manque de formation pratique
- Des manques de formation en psychosociologie ou communication
- Des situations particulièrement complexes
- Un manque de temps à consacrer à des observations de tétées ou avec la maman et le nouveau-né
- Un manque d'encadrement sur le lieu

- Un manque d'intérêt concernant l'allaitement dans les services
- Autres :

V. La sage-femme et l'allaitement maternel

1. Pensez-vous que vous avez besoin d'une formation complémentaire en allaitement maternel à la fin de vos études ?

2. Que pensez-vous du rôle de la sage-femme dans la promotion de l'allaitement ?

3. Que pensez-vous du rôle de la sage-femme dans la promotion de l'accompagnement de l'allaitement maternel ?

4. Quelles idées ou suggestions auriez-vous quant à la formation initiale des sages-femmes en allaitement ?

Merci pour le temps que vous avez consacré pour ce questionnaire, et bon courage pour votre mémoire et cette année !!!

Annexe 9: Exemples de difficultés rencontrées par les étudiants en stage concernant l'allaitement

Anatomie maternelle

- Bouts de sein ombiliqués : 9,6%
- Seins opérés : cité une fois

Particularités du nouveau-né

- Prématurité : 1,5%
- Petit poids de naissance : 1,5%
- Nouveau-né hypotonique/endormi/difficilement stimuable : 8%
- Syndrome de sevrage : cité une fois
- Jumeaux : cité une fois
- Malformation (rétrognathisme) : cité une fois

Contexte psychologique et émotionnel

- Séparation précoce mère-enfant : 2%
- Mère peu motivée, choix d'allaiter forcé : 2%
- Etat psychologique de la mère, fatigue, pleurs, découragement, angoisse, crispation : 11,6%

Complications de l'allaitement

- Douleur : 3%
- Engorgement : 8,5%
- Crevasses : 5,6%
- Lymphangite : cité deux fois
- Mammite : cité une fois
- Abscess : cité deux fois

Accompagnement de l'allaitement

- Première mise au sein difficile : 3%
- Mises au sein difficiles : 22,2%
- Mauvaise succion/prise du sein : 8%
- Refus de téter ou bébé s'énervant : 18,2%
- Montée de lait retardée ou mise en place difficile : 11,1%
- Positions : 4%
- Perte de poids importante : 5%
- Arrêt précoce de l'allaitement : 2,5%
- Trouver des solutions et donner des conseils adaptés : 7%
- Mise en place et utilisation tire-lait : 2,5%
- Utilisation bords de sein : cité une fois

Autres

- Information sur reprise du travail et allaitement : 1,5%

Annexe 10: Réponses des étudiants sur le rôle de la sage-femme dans la promotion de l'allaitement

« Je pense qu'elle est la mieux placée pour faire cette promotion, accompagnée d'auxiliaire de puériculture ou puéricultrice, puisque nous sommes les premiers professionnels au contact des patientes, les suivant pendant leur grossesse, l'accouchement et tout leur séjour, voire à domicile. Nous sommes donc les plus aptes, à condition d'avoir des connaissances justes à ce sujet et de ne pas être une militante acharnée de l'allaitement maternel, en respectant le désir de chaque patiente ».

« Je ne pense pas qu'il faille promouvoir l'allaitement maternel. Les femmes font ce qu'elles veulent et trop promouvoir l'allaitement maternel ne conduit qu'à culpabiliser celles qui ne souhaitent pas allaiter. En revanche je pense que la sage-femme a un rôle fondamental dans l'information ».

« Rôle compliqué car il ne faut pas juger et inciter à allaiter ou ne pas allaiter »

« Il ne faut pas aller vers le militantisme excessif et laisser le choix »

« Il est inutile de promouvoir l'allaitement, une femme doit rester libre »

« La SF doit inciter les femmes à allaiter si celles-ci le désirent au départ, mais ne doit pas faire de propagande »

« Primordial, mais souvent promotion est perçu plus ou moins comme une obligation sous-entendue »

« Savoir avant tout écouter la patiente et ne pas « forcer » (même inconsciemment) les femmes à allaiter, car il arrive souvent que l'allaitement ne soit pas un « vrai choix » mais plutôt une pression de la société, de la famille, ...C'est pour cela que le rôle de la SF est AVANT l'accouchement pour aborder le sujet afin que la patiente ait le temps de réfléchir... Bien sur allaiter son enfant est idéal, mais le bien-être de la mère est encore plus important. Il faut mieux une mère qui donne le biberon en étant en phase avec elle-même plutôt qu'une mère qui allaite et le vit mal ».

« Il me semble que les femmes entendent bien assez parler d'allaitement, et je trouve qu'aujourd'hui la Sage-femme a un rôle important de déculpabilisation et de revalorisation des mères n'allaitant pas ».

« Très important mais respect du choix des femmes pour allaitement ou biberon. Information donnée (tout n'est pas tout beau et tout rose)=info éclairée est nécessaire ».

« Elle doit donner des informations sur les bénéfices de l'allaitement maternel, doit rassurer les femmes. Mais doit être à l'écoute et « dépister » les femmes qui veulent faire le choix de l'allaitement maternel par contrainte ».

« Rôle primordial : elle a une grande influence sur le type d'allaitement que la mère choisira »

« C'est le seul professionnel qui promeut efficacement l'allaitement maternel dans le respect des couples et nouveau-né, et avec la formation adéquate »

« Je n'aime pas le mot « promotion ». Elle doit informer et c'est à la patiente de choisir »

« Notre rôle n'est pas de promouvoir l'allaitement mais de donner une information éclairée sur les différentes formes d'allaitement »

« La SF doit expliquer l'allaitement maternel: les bénéfices mais aussi ses contraintes »

« Je ne parlerais pas de « promotion » mais simplement d'accompagnement, l'allaitement maternel ne doit pas se vendre ».

« Je suis contre la promotion, pour l'accompagnement »

Annexe 11 : Réponses des étudiants sur le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement de l'allaitement

« Rôle principal dans la mise en place précoce de l'allaitement, elle doit mettre la patiente en confiance avec ses capacités personnelles. La Sage-femme aide à l'établissement précoce du lien mère/enfant pendant les tétées qui doivent se passer le mieux possibles ».

« Essentiel à partir du moment où il y a une réelle motivation de la part de la mère, et coordonnée aux autres soignants, notamment les auxiliaires de puériculture. Nous ne devons pas avoir le rôle de culpabiliser l'autre »

« Elle est le professionnel de référence selon moi en allaitement de part notre formation et notre proximité envers les patientes et c'est l'un des rôles principaux en suites de couches ».

« La Sage-femme favorise l'accompagnement puisqu'elle sait que « cela ne va pas de soi », elle le fait plutôt bien ».

« Les Sages-femmes doivent encadrer les étudiantes sages-femmes lors des stages en suites de couches pour les mises au sein et l'accompagnement à l'allaitement. Elles doivent être investies auprès des patientes »

« Devrait proposer systématiquement la tétée d'accueil même en salle même si la patiente souhaite donner le biberon par la suite »

« Les SF doivent impérativement être à jour dans la formation sur l'allaitement afin de transmettre les meilleurs conseils aux nouvelles mères. Mais les Sages-femmes prennent de moins en moins le temps d'assurer cet accompagnement faute de temps et de son rôle administratif qui prend de plus en plus le dessus »

« Elle doit motiver les femmes qui peuvent se décourager, sans trop les forcer »

« Important aussi : soutenir les mamans en cas de doute et ne pas les culpabiliser non plus si elles décident d'arrêter ».

« On se doit d'être présentes pour soutenir la mère dans un allaitement difficile, et ce sans leur mettre la pression »

« Nous devons encadrer toutes les jeunes mamans dans leur désir d'allaitement maternel et les guider »

« Rôle primordial. En première ligne dans la relation mère/enfant. Et la durée de l'allaitement maternel sera d'autant plus longue que le démarrage a été bien encadré »

« Très important, il faut bien encadrer et savoir bien encadrer une femme qui commence à allaiter, surtout une primipare »

« Essentiel, une femme qui veut allaiter doit être accompagnée jusqu'au bout même si cela est difficile »

« En libéral c'est complètement autre chose on a du temps et ça change tout... Il faudrait un poste sage-femme destiné à la promotion de l'allaitement dans les suites de couches ou une réelle prise de conscience qu'il faut organiser son temps autrement »

« La SF n'a souvent pas le temps en suite de couches de consacrer du temps aux allaitements donc c'est souvent l'auxiliaire qui s'en occupe ».

« Essentiel, elles se doivent de faire un soutien même si les femmes sont très demandeuses et parfois fatigantes. La SF doit s'impliquer dans l'allaitement même si l'allaitement maternel ne l'intéresse pas »

« Elle doit veiller à ce que le discours soit pareil dans toute l'équipe »

« Très important ! Mais surtout il faudrait unifier nos prises en charge »

Annexe 12 : Demandes, idées ou suggestions des étudiants autour de la formation de l'allaitement

Au sujet des cours magistraux/théoriques

- Trop de cours magistraux et théoriques : 4,3%
- Plus de cours complets et approfondis : 6,6%
- Meilleure répartition des cours sur les quatre années : 3,6%
- Répéter des cours ou faire des rappels chaque année : cité deux fois
- Plus de cours et approfondissement en deuxième phase : cité deux fois
- Enseigner physiologie et complication de l'allaitement ensemble : cité une fois
- Respecter la dichotomie physiologie/pathologie de la première/deuxième phase pour l'enseignement de l'allaitement

Au sujet de notions abordées en cours

- Plus de notions de psychologie et de sociologie, de communication, cours sur l'allaitement dans les différentes cultures : 2,2%
- Davantage d'information sur l'alimentation artificielle : 2,2%
- Notion de représentations autour de l'allaitement : cité une fois
- Le père et l'allaitement : cité une fois
- Allaitement et retour à la maison : cité une fois

Au sujet de la forme de l'enseignement

- Davantage de travaux dirigés, avec des cas cliniques, des échanges sur les situations rencontrées, des jeux de rôles ou des mises en situation : 50%
- Cas cliniques et pratiques autour des difficultés, complications ou pathologies de l'allaitement : 8,8%
- Travaux pratiques sur les positions d'allaitement : 4,4%
- Travaux pratiques sur le toucher, les massages, l'expression, l'examen du sein : 2,9%
- Tables rondes avec sage-femme référente : cité une fois

Au sujet des enseignants et intervenants à l'Ecole de Sages-femmes

- Enseignants et intervenants formés et référents en allaitement : 14,6%
- Interventions d'associations militantes : 3,6%
- Intervention de femmes ayant allaité ou allaitantes : 2,9%
- Plus d'objectivité, moins de rigidité dans l'enseignement : 2,9%

Au sujet des stages

- Objectifs clairs et formalisés, spécifiques à l'accompagnement de l'allaitement : 3,6%
- Un meilleur encadrement et une meilleure formation clinique sur les stages : 9,5%
- Davantage de temps à consacrer à l'observation de tétées : cité une fois

Idées ou autres suggestions

- Une ou deux journées avec la sage-femme référente en allaitement : 11,7%
- Vacation ou remplacement de nuit en tant d'auxiliaire de puériculture : 2,9%
- Visite d'un lactarium : cité une fois
- Cours supplémentaires pour ceux qui souhaitent : cité une fois
- Conférences et débats sur l'allaitement : cité une fois

Annexe 13 : Les thèmes du Diplôme Universitaires

Introduction. informations sur l'examen et le mémoire
Situation épidémiologique et déterminants de l'allaitement
Anatomie du sein lactant
Physiologie de la lactation
Anatomie et physiologie de la succion-déglutition
Evaluation clinique de l'enfant allaité
Sensorialité et comportement
Conduite pratique du bon démarrage de l'allaitement maternel
Evaluation clinique de l'allaitement
Rythmes et sommeil du nouveau-né et du nourrisson
Aspects psychologiques
Composition du lait humain
Aspects immunologiques
Lait maternel et santé de l'enfant
Allaitement et santé de la mère
Fertilité, contraception
Laits artificiels
Pathologies du sein lactant
Maladies de la mère et de l'enfant
Médicaments, plantes, toxiques et allaitement
Organismes internationaux. Initiative Amis des bébés (IHAB)
Croissance- Problèmes digestifs- Diversification
Jumeaux et allaitement
Relactation, lactation induite, Sevrage, blocage de la lactation
Allaitement maternel dans la durée, reprise du travail
Equipements pour l'allaitement
Allaitement et prématurité
Recueil et conservation du lait, lactarium
Ecoute et communication autour de l'allaitement
Aspects ethnologiques
Aspects historiques
Cas cliniques - La consultation d'allaitement
Approche des soins de développement et NIDCAP

La formation des étudiantes sages-femmes sur l'allaitement en France

Suite à une recherche portant sur les bénéfices et facteurs de choix de l'allaitement, les textes et recommandations officiels, et enfin sur le rôle de la sage-femme dans la promotion et le soutien de l'allaitement, nous nous sommes penchés sur la suffisance de la formation initiale.

Notre étude s'est appuyée sur une double enquête par questionnaire, l'une auprès de 274 étudiants de quatrième année d'études de sage-femme de France, l'autre auprès des équipes pédagogiques de sages-femmes de 19 écoles.

La formation sur l'allaitement est globalement suffisante au niveau de l'enseignement théorique, mais reste encore très hétérogène et parfois insuffisante au niveau de l'application pratique et concrète à l'école. L'encadrement en stage est variable, et la guidance en stage peuvent être améliorés.

La formation des étudiants sages-femmes sur l'allaitement est donc de plus en plus reconsidérée. Les outils pédagogiques d'apprentissage se basant sur des cas cliniques méritent d'être développés.

Mots-clés : Sage-femme ; allaitement ; formation ; études

Midwives students education about breastfeeding in France

After making a research about the benefits and reasons of breastfeeding, the official texts and recommendations, we looked up at the role the midwife had in the promotion and the support of breastfeeding. Therefore, in this study, we wanted to know if the initial education was sufficient.

Our study was based on a double survey with questionnaires, one of them was given to 274 French midwifery students, and the other one to the midwives' teaching staffs of 19 schools.

According to our study, the breastfeeding education is correct and adequate when it comes to theory. However, this education remains very heterogeneous and sometimes insufficient concerning the practical and concrete application in the school. The supervision in training course is variable, and the guidance could be improved.

As a result, the education of midwife's students on breastfeeding should be more and more reconsidered. The educational tools of learning based on clinical cases should be developed.

Keywords : Midwife, breastfeeding, education, studies